UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II

UNITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES

Année 1974 - Thèse N° 342

BRULÛRES ŒSOPHAGIENNES PAR ABSORPTION DE CAUSTIQUES AU CAMEROUN

(A propos de 83 cas)

Thèse pour le Doctorat d'État en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le Mardi 19 Novembre 1974

par

Benjamin TATCHOU-NYAMSI

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES - BORDEAUX

né à Bafia (Cameroun)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. H. CABANIÉ, Professeur ..... *Président*

M. Cl. MARTIN, Agrégé .....

M. M. BOISSEAU, Agrégé ..... *Juges*

M. J. TRAISSAC, Agrégé .....

— 1974 —

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547319_0023

ERRATA

Page 3 Ligne 14
Vertébral

Page 6 Ligne 21
Segment thoracique

Page 10 Ligne 14
Willimott

Page 18 Ligne 14
Phase au lieu de Pahse

Page 24 Ligne 4
Oesophagite corrosive au lieu de corrisige

Page 26 Ligne 8
Une guérison

Page 28 Ligne 11
décédés

Page 31 N° 24 ..
Ligne 4
Lire 36 kg au lieu de 35 Kf

Page 33 Ligne 25
OEsophagoscope et non oesophagoscopie

Page 37 Avant-dernière ligne
Belinoff (4) au lieu de (3)

Page 39 Ligne 14
Espacées au lieu de espadées

Page 45 Ligne 9
Supprimer a

Page 52 Ligne 11
74 fois sur 83, au lieu de 74 fois sur 83 cas

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II

UNITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES

Année 1974 - Thèse N° 342

BRULÛRES ŒSOPHAGIENNES PAR ABSORPTION DE CAUSTIQUES AU CAMEROUN

(A propos de 83 cas)

Thèse pour le Doctorat d'État en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le Mardi 19 Novembre 1974

par

Benjamin TATCHOU-NYAMSI

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES - BORDEAUX

né à Bafia (Cameroun)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. H. CABANIÉ, Professeur ..... *Président*

M. Cl. MARTIN, Agrégé .....

M. M. BOISSEAU, Agrégé .... } *Juges*

M. J. TRAISSAC, Agrégé.....

— 1974 —

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A LA MEMOIRE DE MON PERE :

Ta disparition soudaine au moment où nous commencions juste ce travail nous a profondément affecté. Tu nous auras marqué toute ta vie, par ton amour pour les tiens et pour le travail. Puisse notre comportement dans l'exercice de notre profession et à l'égard de notre prochain, témoigner de notre désir de te sortir de l'oubli.

A MA MERE,

Tu n'as ménagé aucun effort pour nous assurer un lendemain meilleur. Trouves dans ce travail le témoignage de notre profond amour filial.

A MA FEMME,

Malgré les difficultés auxquelles nous avons eu droit, tu as su te transformer en épouse, puis en mère soucieuse de tes responsabilités et de tes devoirs au sein de ton foyer, source d'inspiration et d'énergie dont nous avons besoin pour l'abord des problèmes de chaque jour. Ce travail est aussi le tien.
Avec toute ma tendresse.

A MON FILS THIERRY - MODESTE,

La vie est un combat ; mais tu apprendras très tôt que la confiance en soi et le calme sont deux armes d'une importance capitale.
Dans la recherche de ton chemin, puisses-tu trouver dans ce travail un stimulus de tes efforts.

A LA MEMOIRE DE MA SOEUR AINEE

Qui nous a quitté prématurément et dont nous avons gardé un souvenir toujours vivant.

A MES BEAUX PARENTS ET A LEURS FAMILLES

Respectueusement.

A FREDERIC et CECILE YOUMBI

En témoignage de notre attachement.

A MES PETITS FRERES

Vous trouverez toujours en nous,
le frère attentif à vos problèmes.

A MA NOURRICE, Madame YOMI Marthe,

En témoignage de notre reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A LA MEMOIRE DE MA TANTE YANOU Marguerite,

A LA MEMOIRE DE MON COUSIN M'BAMY David.

Eternels regrets.

A MES TANTES KAMTCHOU Marie et KEMAJOU Monique

Votre amour pour votre frère et
pour nous tous est un exemple à
suivre.

A MES AUTRES TANTES ET A MES ONCLES,

A MES COUSINES ET A MES COUSINS,

En reconnaissanae de votre af-
fection.

A MA BELLE GRAND'MERE

En remerciement de votre infi-
nie gentillesse.

AU PROFESSEUR TCHOUA Félix, Docteur ès Sciences

Votre simplicité et votre éternelle bonne humeur ont toujours forcé notre admiration.

A Monsieur et Madame MELINGUI Denys

Pour que se perpétue notre amitié.

A Maître NJIOMO Luc, Magistrat,

En reconnaissance de ta compréhension et de ton esprit ouvert.

A MES AMIS TCHAKOTEU Jacques,
TETCHUENG Samuel,
NDEME SANAMA Jean-Pierre.
TCHEWE Michel,
NGASSAM Etienne,
ETOL Jean-Maurice

En souvenir des différentes étapes de la vie où nous nous sommes rencontrés.

AUX DOCTEURS NGALEU Ismaël et TESSA Henri

L'essentiel est que malgré les embûches, nous ayions, tous, persévéré.

Bien amicalement.

A MES CAMARADES

- de l'Ecole principale de BAFIA,
- du Lycée Leclerc de YAOUNDE,
- de la Faculté des Sciences de YAOUNDE,
- de la Faculté de Médecine de BORDEAUX,
- de l'Ecole de Santé des Armées de BORDEAUX,

AUX AFRICAINS DE L'ECOLE DE SANTE DES ARMEES DE BORDEAUX,

AUX CAMEROUNAIS DE L'ECOLE DE SANTE DES ARMEES et LEURS FAMILLES,

A MES COUSINS et COUSINES de BORDEAUX :

M. et Mme FEUMBA

YAMBI Jean-Appollinaire

En souvenir de l'ambiance de famille qu'ensemble nous avons essayé de recréer si loin du pays.

A MA FAMILLE MATRICULAIRE LES " 20 " de L'ECOLE DE SANTE DES ARMEES

AU DOCTEUR PARADIS, Direction Médicale Régionale des LABORATOIRES ROUSSEL de BORDEAUX

AU DOCTEUR NASAH , Chef de Service d'Obstétrique
de l'Hôpital Central de YAOUNDE,

AU DOCTEUR Emmanuel DJOUMBI - SANGO
Chef de Service O.R.L. de L'Hôpital
Laquintinie de DOUALA

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui a mis à notre disposition ses dossiers et les documents nécessaires.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

AU DOCTEUR Jean-Pierre BEBEAR
Ancien Interne des Hôpitaux
Chef de Clinique assistant des
Hôpitaux de BORDEAUX

dont les conseils et l'aide nous ont permis de mener ce travail à son terme.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre profonde gratitude pour la gentillesse qu'il nous a manifestée.

A SON EXCELLENCE,

Monsieur le Président de la
République-Unie du Cameroun,

Chef suprême des Forces Armées.

A SON EXCELLENCE,

Monsieur le Ministre d'Etat
Chargé des Forces Armées

AU GENERAL, COMMANDANT L'ARMEE DE TERRE

AUX OFFICIERS-SUPERIEURS, OFFICIERS, SOUS-OFFICIERS
ET SOLDATS DES FORCES ARMEES CAMEROUNAISES

AU MEDECIN LIEUTENANT - COLONEL KAMDOUM

Chef de Service de Santé des
Forces Armées,

AUX MEDECINS - CAPITAINES et

PHARMACIENS-CHIMISTES-CAPITAINES CAMEROUNAIS

Pour une franche collaboration
au sein de notre jeune service
de santé à l'avenir prometteur.

A L'AFRIQUE

L'Union fait la force.

AU CAMEROUN, MON PAYS,

Quelle joie de pouvoir apporter,
modestement certes, notre pierre
à cette oeuvre de longue haleine
qu'est ton édification !

A Monsieur le Médecin Général de 2ème Classe CURET

Spécialiste des Hôpitaux des Armées
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Croix de guerre 1939 - 1945
Directeur de l'Ecole du Service de Santé des Armées - Bordeaux

A Monsieur le Médecin en chef de 1ère classe GAVARRINO

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre National du Mérite
Croix de la Valeur Militaire
Sous-Directeur de l'Ecole du Service de Santé des Armées - Bordeaux

A NOTRE CAPITAINE DE COMPAGNIE et A NOS MAITRES et OFFICIERS DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES DE BORDEAUX

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur L. TRAISSAC

Maître de Conférences agrégé d'oto-rhino-laryngologie.

Nous avons pu apprécier la chaleur de votre accueil.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites de juger ce travail en lui accordant une attention critique d'autorité indiscutable.

Monsieur le Docteur M. BOISSEAU

- Maître de Conférences agrégé : Hematologie, Maladies du sang,
- Biologiste des Hôpitaux

Vous nous avez fait bénéficier de vos connaissances.
Nous garderons de vous le souvenir d'un Maître à l'esprit clair et brillant.
Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en siégeant à notre jury.

Monsieur le Docteur Cl. MARTIN

Maître de Conférences agrégé de Pédiatrie génétique Médicale,
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service
Licencié ès Sciences

Comme beaucoup d'autres, nous avons compté au nombre de vos élèves et avons suivi avec intérêt et profit votre enseignement.

Vous avez bien voulu juger ce travail avec votre générosité habituelle.
Veuillez nous permettre de vous exprimer nos respectueux remerciements pour cet honneur que vous nous faites.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur H. CABANIE

- Professeur titulaire d'Anatomie,
- Chevalier des Palmes académiques.

Nous sommes très sensible à l'amabilité avec laquelle vous nous avez reçu et à l'insigne honneur que vous nous faites en acceptant, malgré vos multiples préoccupations, de présider le jury de cette thèse.

Aussi vous prions-nous, Cher Maître, de bien vouloir trouver ici l'expression de notre haute considération et de notre profond respect.

BRULURES OESOPHAGIENNES PAR ABSORPTION DE CAUSTIQUES AU CAMEROUN

(à propos de 83 cas).

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I/- GENERALITES SUR L'OESOPHAGE	3
I - Rappel anatomique	3
II - Rappel histologique	7
III - Rappel physiologique	8
CHAPITRE II/- ETIOLOGIE	10
I - Fréquence	10
II - Nature du caustique	11
III - Mode d'absorption	13
IV - Age	15
V - Sexe	15
CHAPITRE III/- ANATOMIE PATHOLOGIQUE ...	18
I - Les phases évolutives de la brûlure	18
II - Facteur de gravité des lésions	20
CHAPITRE IV/- ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE	24
I - Symptomatologie clinique	24
II - Etude Paraclinique	29
CHAPITRE V/- TRAITEMENT	34
I - Traitement à la phase aigüe..	34
II - Prophylaxie de la sténose ...	36
III - Traitement curatif de la sténose	38

CHAPITRE VI/- RESULTATS GENERAUX ET COMMENTAIRES 45

I/- Evolution pathologique et possibilités thérapeutiques 45

II/- Incidences médico-sociales et mesures préventives .. 49

CONCLUSIONS 52

BIBLIOGRAPHIE 53

INTRODUCTION

Ingérés, volontairement ou plus souvent accidentellement, les liquides caustiques déterminent au contact de l'oesophage des lésions de brûlures qui vont entraîner, en se cicatrisant et selon leur gravité initiale, une diminution du calibre de l'oesophage.

Il en résulte habituellement une perturbation dans la fonction œsophagienne de véhicule du bol alimentaire de l'hypopharynx à l'estomac, ce qui se traduit cliniquement à la phase aigüe, en général, par une symptomatologie douloureuse exacerbée par la moindre déglutition de salive et à la phase chronique essentiellement par une dysphagie mécanique, progressive et permanente.

L'examen clinique et l'interrogatoire suffisent généralement pour porter le diagnostic d'œsophagite corrosive aigüe ; l'examen radiologique et surtout l'œsophagoscopie sont nécessaires pour préciser le rétrécissement cicatriciel, caractéristique de l'œsophagite corrosive chronique, qui intervient, parfois longtemps, après une période d'accalmie clinique, dite traîtresse, où le malade se croit souvent, à tort malheureusement, guéri.

Le pronostic dépend du traitement entrepris autant que possible immédiatement après l'ingestion : Au stade initial, les objectifs thérapeutiques sont la lutte contre le choc et la déshydratation d'une part,et d'autre part, la prévention de l'infection et surtout de la sténose. Quant à la sténose constituée, son traitement est long et astreignant lorsqu'on peut restituer à l'œsophage, en le dilatant, sa fonction ; autrement on a recours à la chirurgie pour la confection d'un nouvel œsophage.

Les premières études cliniques d'œsophagite corrosive aigüe ou de sténoses cicatricielles datent du XVe siècle.

Depuis lors, de nombreux travaux n'ont cessé de paraître à leur sujet : certains pour préciser l'anatomie pathologique des lésions, d'autres pour proposer ou pour dire les avantages ou les inconvénients de telle ou telle méthode thérapeutique.

Malgré tout les oesophagites corrosives sont restées dans l'anonymat dans certains pays comme le Cameroun où, il faut le dire, le devant de la scène en matière de pathologie a été longtemps tenu par des maladies telles, la trypanosomiase, le paludisme ou la lèpre, endémo-épidémies sinon plus dramatiques du moins plus urgentes par la désolation rapide et extensive qu'elles portaient dans les populations.

Pourtant tandis que J.P. TAILLENS (120) de LAUSANNE rapporte 36 cas en 22 ans et RARIVO LALA (112) dans sa thèse, 108 cas en 12 ans à l'Hôpital Grange-Blanche de Lyon, il a été reçu dans le service O.R.L. de l'Hôpital Laquintinie de Douala au Cameroun entre octobre 1971 et octobre 1973, c'est-à-dire en deux ans, 83 cas d'ingestions de caustiques dont certains ont été adressés dans le service O.R.L. de l'Hôpital du Tondu à Bordeaux.

Ce travail inspiré par le Docteur DJOUMBI (28) Chef de service O.R.L. à Douala, à qui nous exprimons notre reconnaissance, est le produit du dépouillement des dossiers de ces 83 malades pendant notre stage interné à Douala, d'une part, et d'autre part, au Tondu dont l'accès nous a été largement ouvert à notre retour à Bordeaux.

Il a pour but :

- de souligner les aspects étiologiques au Cameroun,
- de rappeler l'évolution anatomo-clinique,
- d'évoquer les modalités du traitement,
- d'insister, enfin, sur la nécessité des mesures de prévention de ces brûlures dont les complications comptent, selon LEMARIEY (85), parmi les affections les plus désespérantes de la pathologie infantile.

Au préalable, un rappel succinct d'anatomie, d'histologie et de physiologie de l'oesophage sain est-il inutile ?

CHAPITRE I

GENERALITES SUR L'OESOPHAGE

I/- RAPPEL ANATOMIQUE

L'oesophage, segment du tube digestif, est un conduit musculo-membraneux mettant en communication l'hypopharynx et l'estomac.

A/- LIMITES :

1. sa " *limite supérieure* " ou bouche de l'oesophage correspond au bord inférieur du cartilage cricoïde, c'est-à-dire au niveau de C_6,

2. sa " *limite inférieure* " correspond au flanc gauche de D_{10} ou D_{11}

B/- TRAJET ET DIRECTION

Il traverse de haut en bas la région cervicale, le médiastin postérieur, le muscle diaphragmatique et s'unit à l'estomac par le cardia.

De C_6 à D_6, il suit le plan vertabral, grossièrement concave en avant. A partir de D_6 sa direction devient plus oblique en avant.

Sur le plan latéral, il est oblique de haut en bas et de droite à gauche.

Tout au long de son trajet, l'œsophage présente des rétrécissements dont les principaux sont :

. le rétrécissement crico-pharyngé,
. le rétrécissement aortique,
. le rétrécissement bronchique,
. le rétrécissement diaphragmatique,

situés respectivement chez l'adulte à 16 cm -23 cm, 27 cm et 36 cm des arcades dentaires supérieures.

C/- DIMENSIONS

1. La longueur varie en moyenne de 25 à 30 cm, dont :

5 cm dans la région cervicale,
16 à 18 cm dans le médiastin,
1 à 2 cm dans la région diaphragmatique,
et 2 à 3 cm dans la région abdominale.

2. Calibre : 2 à 3 cm.

D/- RAPPORTS

1. *Segment cervical :* Long de 5 à 6 cm, il va du tubercule cricoïdien au plan passant par D_1 et le bord supérieur des têtes claviculaires.

Il est en rapport :

. en avant avec la trachée,
. en arrière avec la colonne vertébrale dont il est séparé par du tissu cellulaire lâche,
. latéralement avec les nerfs recurrents, les axes vasculaires carotido-jugulaires, et enfin en dehors et un peu en avant les lobes thyroïdiens.

2. *Segment thoracique :* Long de 16 à 18 cm, il va de D_1 à l'anneau diaphragmatique et présente les rétrécissements aortique et bronchique.

On distingue un oesophage sus et sous-bronchique respectivement au-dessus et au-dessous de la bifurcation trachéale.

a) - Oesophage sus-bronchique de D_1 à D_6.

Il est en rapport avec :

. en avant : la face postérieure de la trachée, la bifurcation trachéale et l'origine de la bronche gauche .

. en arrière : Le plan vertébral.

. à droite : la plèvre médiastine et à partir de D_4 la veine azygos.

. à gauche : la plèvre médiastine, le canal thoracique, le nerf recurrent, la crosse de l'aorte.

b) - La portion sous-bronchique de D_5 à D_{11}.

Ses rapports :

. en avant : les ganglions trachéo-bronchiques l'oreillette gauche, le cul-de-sac péricardique de Haller.

. en arrière : L'aorte descendante, la petite azygos, le canal thoracique, la grande azygos et les artères intercostales.

. latéralement : La plèvre, les poumons et les nerfs pneumogastriques.

3. *Segment diaphragmatique :* Long de 1 cm. Il s'insinue dans une fente musculaire formée par les fibres des piliers droit et gauche du muscle diaphragmatique. L'ensemble constituant un véritable sphincter.

4. *Le Segment abdominal* enfin, s'étend du sphincter diaphragmatique au cardia. Il répond à D_{10} et D_{11} en arrière et en avant au 5° EIC et à l'articulation du 1er cartilage costal gauche avec le sternum.

Il est en rapport :

. en avant : avec le lobe gauche du foie et avec le nerf pneumogastrique gauche,

. en arrière : le pilier gauche du diaphragme et l'aorte.

. à droite : le lobule de Spiegel,

. à gauche : la grosse tubérosité de l'estomac.

La séreuse péritoniale ne tapisse pas sa face antérieure.

E/- VASCULARISATION ET INNERVATION

1. *Vascularisation*

a) - Les artères : proviennent de 3 pôles vasculaires principaux :

. Les artères thyroïdiennes inférieures pour le segment cervical,

. Les artères bronchiques et des rameaux aortiques pour le segment thoradique.

. Les artères œso-cardio-tuberositaires pour la partie inférieure du segment thoracique et les segments diaphragmatique et abdominal.

b) - Les veines : Le sang est drainé par les veines homologues des artères sus-nommées.

c) - Les lymphatiques : les collecteurs lymphatiques aboutissent schématiquement :

. Dans la région cervicale, aux *chaînes jugulaires*,

. Dans la région thoracique, aux *chaînes recurrentielles para-bronchiques, inter-trachéo-bronchiques*.

. Dans la région abdominale, aux ganglions de la région cœliaque.

2. *Innervation*. Elle est assurée par les pneumogastriques et leurs branches (laryngé supérieur et récurrent) d'une part, et d'autre part, par les chaînes ortho-sympathiques.

Les pneumogastriques contiennent plusieurs fibres :

- motrices cérébro-spinales pour le 1/4 supérieur de l'oesophage,
- motrices viscérales (parasympathique) pour les muscles lisses,
- secrétoires (parasympathique)
- sensitives cérébro-spinales et viscérales

II/- RAPPEL HISTOLOGIQUE

La paroi œsophagienne est formée de trois tuniques qui sont de dehors en dedans :

- la musculeuse,
- la sous-muqueuse,
- la muqueuse.

A/- LA MUSCULEUSE : C'est une tunique musculaire faite de fibres striées dans ses 2/3 supérieurs et de muscles lisses dans son 1/3 inférieur. Au niveau du cardia, les fibres striées réapparaissent et constituent un sphincter. On distingue deux couches musculaires, une interne circulaire et une externe longitudinale. Entre les deux s'étale une nappe conjonctive vasculaire avec un réseau nerveux formé de fibres et de ganglions.

B/- LA SOUS-MUQUEUSE est constituée par un tissu conjonctivo-élastique, lâche et mobile, avec les troncs vasculaires et nerveux destinés à la muqueuse.

C/- LA MUQUEUSE comprend plusieurs couches :

1. L'épithélium de type pavimenteux stratifié sauf pour le segment phréno-abdominal où il est de type cylindrique gastrique.

2. Le chorion dense et papillaire est soulevé en replis longitudinaux. Il est formé de fibres conjonctives et élastiques, de direction longitudinale et infiltré de tissu lymphoïde.

3. La muscularis mucosae est faite de fibres musculaires lisses à la fois longitudinales et circulaires.

4. Les glandes : oesophagiennes tubuleuses d'une part, et d'autre part cardiales, tubuleuses ou acineuses.

III/- RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

Organe de transit, l'oesophage a pour fonction essentielle, *la déglutition*.

Celle-ci s'effectue en quatre temps :

- un temps buccal,
- un temps pharyngé,
- un temps oesophagien,
- et un temps cardiaque ou de transit du bol alimentaire à travers le cardia.

Ainsi le temps oesophagien fait suite directement au temps pharyngé.

Le bol alimentaire est chassé des gouttières pharyngo-laryngées par la contraction des muscles du pharynx vers la bouche de l'œsophage qui se trouve ouverte à ce moment-là. Il s'agit d'un mécanisme dont les centres réflexes sont situés au niveau du bulbe et non dans la région de la paroi même de l'organe.

Puis le bol alimentaire est pris en charge par les *mouvements péristaltiques*, rapides dans la region sus-aortique aux muscles striés, plus longs dans la région sous-aortique avec muscles lisses.

Dans la partie supérieure, ces mouvements péristaltiques sont directement commandés du bulbe par un système réflexe "feed back".

Plus bas, le péristaltisme est identique à celui du reste du tube digestif. Il est donc autonome et est seulement contrôlé par les fibres du pneumogastrique et du sympathique : c'est l'onde primaire.

Les ondes péristaltiques peuvent se réaliser également sans aucun contrôle ; elles sont alors le fait de la stimulation sensitive de la muqueuse (relais intraviscéraux locaux). Ces ondes, dites " secondaires " peuvent revêtir un caractère pathologique et devenir parfois anarchiques, c'est-à-dire aussi bien ascendantes (ondes tertiaires) que descendantes.

Ainsi donc, dans l'œsophage, le bol alimentaire progresse grâce à des ondes péristaltiques dont le mécanisme reste assez complexe.

CHAPITRE II

E T I O L O G I E

I/- FREQUENCE

Les oesophagites caustiques s'observent plus ou moins, selon les pays d'une part, et d'autre part selon les régions en France.

Ainsi :

. Dans les pays de l'Est :

- BELINOFF (4) rapporte : 274 cas en 5 ans
- METZIANU " : 162 cas en 6 ans
- MILOVANOVIC : 62 cas en 3 ans
- SAVIC (116) : 478 en 11 ans à Belgrade.

. A l'Hôpital des Enfants de Washington D.C.,

- William LYONS ( ) rapporte 129 cas en 8 ans

. A Chypre :

- WILLIMOTT et GOLDEN " 55 cas par an

. En France :

- MONATH (97) rapporte 19 cas en 4 ans à Strasbourg
- GHEIT (46) dans sa thèse, 260 en 5 ans à Lyon de 1967 à 1972
- CHAUVIN (19) également dans sa thèse, 65 cas en 8 ans à l'Hôpital des Enfants de Bordeaux.

Il semble donc d'après ces statistiques tirées de la littérature, qu'avec 83 cas en 2 ans, nous puissions dire que les ingestions de caustiques sont relativement fréquentes au Cameroun et particulièrement à DOUALA.

II/- NATURE DU CAUSTIQUE

Les caustiques ingérés sont de nature diverse. Ce sont soit :

A/ - DES ALCALINS :

1. La Soude vient en tête tant par la gravité des lésions causées, que par sa relative fréquence dans toutes les statistiques.

On l'utilise dans la lessive, et pendant la dernière guerre en France, pour la fabrication du savon familial. Elle est utilisée, enfin, pour le lessivage des olives en Provence.

2. La potasse ingérée sous forme de permanganate de potasse.

3. L'ammoniaque ou "alcali" dont l'odeur limite la quantité déglutie, sauf quand le sujet est anosmique.

B/ - DES ACIDES :

1. L'acide chlorydrique ou "esprit de sel"

2. L'acide sulfurique ou " vitriol ".

Les brûlures par acides se voient dans une proportion de 10 %, surtout chez les peintres et les ouvriers travaillant dans les produits chimiques.

C/ - DES SELS :

Dans cette catégorie, rentre l'hypochlorite de sodium ou eau de javel dont le degré de causticité est controversé, le danger sous-estimé dans de nombreuses publications (SERGENT (118) ou QUINCY (110) en

NATURE DU CAUSTIQUE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
- Eau de Javel	74	89 %
- Ammoniaque	1	1 %
- Indéterminé	8	10 %
TOTAL	33	100 %

TABLEAU N° 1 - répartition des cas suivant la nature du caustique.

France, LANDAU (79) ou PIKE (104) aux U.S.A., etc...), et qui est pourtant à l'origine de sténoses chez plus de 50 % de nos 83 patients.

Le Tableau N° 1 nous montre du reste la répartition de nos cas selon la nature du caustique. Il en ressort que l'eau de javel est en cause 74 fois sur 83, c'est-à-dire dans une proportion de 89 %. L'autre remarque intéressante est que les substances réputées éminemment caustiques (la soude par exemple) sont heureusement, ici, rarement incriminées. Ceci s'explique peut-être parce que l'eau de javel plus connue, est très couramment utilisée et chose non moins importante l'acquisition d'un sachet est à la portée de toutes les bourses (50 F.CFA = 1 NFF).

III/- MODE D'ABSORPTION

Les circonstances d'absorption sont variables :

A/ - VOLONTAIRE :

Rare en France, ce mode d'absorption, dans un but d'autolyse, est surtout répandu dans les Pays d'Europe Centrale ou Orientale (d'où nous viennent, est-il besoin de le rappeler, les brillants travaux de BELINOFF sur l'anatomie pathologique des lésions) et en Afrique du Nord.

B/ - ACCIDENTELLE :

L'absorption par erreur de loin la plus fréquente en France est la rançon de quelque négligence.

C/ - CRIMINELLE :

Enfin, la brûlure peut être le fait d'intention criminelle.

S'agissant de nos cas, le tableau N° 2 nous montre 60,2 % d'absorptions accidentelles, 22,9 % d'absorptions volontaires et 2,4 % d'intentions cri-

MODE D'ABSORPTION	NOMBRE DE CAS	%
Volontaire	19	22,9
Accidentel	50	60,2
Infanticide	2	2,4
Indéterminé	12	14,4
TOTAL	83	

TABLEAU N° 2 : Répartition des cas suivant le mode d'absorption.

minelles , enfin dans 14,4 % de cas il n'a pas été possible de déterminer le mode d'absorption.

L'absorption accidentelle prédomine donc ici ce qui est en concordance avec les autres statistiques.

IV/- AGE

C'est un facteur étiologique non négligeable.

En effet, les enfants sont particulièrement exposés et représentent selon VOZDVIZHENSKI (123) 70 % de cas.

Chez nous, 53 de nos cas ont moins de 17 ans, dont 40 moins de 8 ans ! Les adultes représentent 36 % de nos cas. Nos âges extrêmes sont 43 ans pour le plus âgé et 7 jours pour le patient le plus jeune.

V/- S E X E

Le sexe prédominant est aussi variable. Pour BELINOFF (4) dont la majorité des cas sont suicidaires, les femmes représentent 65 % des cas.

En France, les ingestions s'observent davantage chez l'homme.

Nous avons dénombré 39 cas dans le sexe féminin dont 13 pour tentative de suicide. Le sexe masculin est majoritaire avec 44 cas. Le tableau N° 3 montre la répartition de nos cas suivant le sexe et par tranche d'âge.

Il apparaît, au terme de cette étude étiologique, qu'au Cameroun, les brûlures caustiques sont en majorité dues à l'eau de javel qui est absorbée la plupart du temps accidentellement par des enfants

TRANCHE D'AGE	S E X E		TOTAL
	F	M	
0 - 7 ans	14	26	40
8 - 16 "	10	3	13
+ de 17 ans	15	15	30
TOTAL	39	44	83

TABLEAU N° 3 : Répartition des cas suivant le sexe et par tranche d'âge

et parfois volontairement par des adultes. Cette substance, très utilisée dans le lavage des vêtements comme agent blanchissant est vendue en berlingots ou en sachets. Elle est ingérée soit sous forme concentrée, soit plus fréquemment sous forme diluée dans des bouteilles de 66 cl dont le contenu habituel, un soda local ou "champagne soda " a une coloration identique à celle de l'eau de javel ! On comprend aisément pourquoi l'erreur est vite arrivée et surtout quand on est pressé d'étancher sa soif sous les tropiques, parfois après une partie de sport.

L'autre facteur favorisant de ces accidents est la négligence, le désordre, qui fait que la bouteille contenant désormais le caustique n'est pas convenablement rangée et traîne à la portée de quiconque.

L'ingestion volontaire s'observe surtout chez les jeunes femmes. En cas d'ingestion volontaire, la quantité absorbée est plus importante et les lésions, en conséquence, plus graves.

Ce sont les enfants, précisément deux, qui sont victimes d'intention criminelle. L'un a eu à boire de l'eau de javel chez des voisins qui étaient en brouille avec ses parents ; l'autre, nouveau-né, était victime de la jalousie d'une marâtre sans enfant !

Enfin, dans la rubrique des circonstances d'ingestion indéterminée, nous rapportons un cas particulièrement bizarre ; celui d'une jeune fille de 16 ans (N° 24) qui a bu de l'eau de javel en pleine nuit, au sortir d'un rêve où sa soeur aînée lui disait de se lever et de boire le contenu de la bouteille de "champagne soda " !

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'expression clinique des oesophagites caustiques et leur traitement sont étroitement fonction de l'aspect et de l'évolution anatomo-pathologique des lésions. Ces dernières passent par trois stades évolutifs :

- une phase de destruction,
- une phase de réparation ,
- une phase de cicatrisation suivie de rétrécissement.

L'oesophagoscopie et l'examen nécropsique ont largement contribué à la description de ces phases. En ce domaine les travaux de BELINOFF restent toujours égaux à eux-mêmes.

I/- LES PHASES EVOLUTIVES DE LA BRULURE

A/- LA PAHSE DE DESTRUCTION

S'observe dès l'ingestion du caustique. Elle est faite de lésions de *nécrose* et d'*ulcérations* associées à une *thrombose vasculaire* plus ou moins étendue.

1. La nécrose : Plus ou moins importante, selon la gravité des brûlures, elle succède à un oedème inflammatoire consécutif à l'hyperhémie ou congestion sanguine passive que provoque le toxique.
   Elle entraîne des plaques de sphacèles qui en s'éliminant dès les premières 24 heures font place à des ulcérations.

2. Les ulcérations : saignantes et rouges, quand elles ne sont pas infectées, elles deviennent blanchâtres, couvertes de fongosités quand elles le sont.

3. La thrombose vasculaire : Favorisée par la surinfection, elle explique le processus inflammatoire susceptible de s'étendre aux organes du médiastin, créant des lésions péri-oesophagiennes.

B/ - PHASE DE REPARATION.

Elle est épithéliale et conjonctive.

1. Réparation épithéliale : Elle s'amorce vers le 10e jour et se traduit par l'apparition de granulations puis de bourgeons qui vont confluer et combler les ulcérations.

2. Réparation conjonctive : celle-ci est à l'origine du processus sténosant. Elle débute dès la 48e heure et même après 24 heures, par l'apparition de fibroblastes qui se groupent autour d'axes vasculaires néo-formés.

C/ - PHASE DE CICATRISATION.

1. Le tissu de granulation bourgeonnant s'organise, se sclérose, tandis que le tissu conjonctif prolifère, devient compact, formant des nappes ou des brides calleuses expliquant le rétrécissement de la lumière oesophagienne.

2. Histologiquement , les fibroblastes donnent des fibrilles collagènes et comblent les lacunes laissées par la nécrose. Ce tissu se recouvre d'un néo-épithélium peu stratifié mince et fragile, mais les glandes muqueuses et la muscularis mucosae ne régénèrent pas.
En conséquence, la cicatrisation laisse en place un tube fragile, rétréci, sans élasticité, constamment en cours de remaniement.

II/- FACTEURS DE GRAVITE DES LESIONS

Toutes les brûlures oesophagiennes n'évoluent pas heureusement vers la sténose. En effet, plusieurs facteurs dont la quantité de caustique déglutie et le mode d'absorption, entrent en jeu pour déterminer la gravité d'une brûlure, mais aussi :

A/ - LES PROPRIETES DU CAUSTIQUE :

Ce sont la fluidité, la viscosité et la concentration du caustique. Les caustiques fluides donnent des lésions d'étendue importante pouvant aller jusqu'au duodénum.

Plus un caustique est visqueux, plus sa course est lente et la lésion causée plus profonde et plus grave.

La concentration du caustique, enfin, augmente l'intensité des lésions. Un caustique fluide ingéré à l'état concentré est responsable de dégâts très importants.

B/ - LA NATURE DU CAUSTIQUE :

Il est connu que les caustiques basiques cor-

rodent plus en profondeur (Travaux de FLOTTES (40) sur la soude caustique et l'oesophage de chien) que les acides.

Quant à l'eau de javel, la substance la plus en cause dans notre travail, plusieurs publications ne la rendent responsable que de lésions bénignes ne pouvant évoluer vers la sténose !

Or, YARRINGTON (127) en expérimentant sur l'oesophage de chien de l'eau de javel a obtenu des résultats moins optimistes et qu'il nous semble intéressant de rapporter dans ce travail où l'eau de javel est à l'origine dans plus de 50 % de sténoses. YARRINGTON a travaillé sur quatre chiens dont l'oesophage est soumis, sous anesthésie, à l'action d'une quantité donnée d'eau de javel pendant un temps déterminé. Chaque fois, un examen endoscopique de l'oesophage est effectué au bout d'une semaine où les chiens suivent un régime normal. Suivant les résultats de l'endoscopie, il augmente progressivement chaque semaine et la quantité d'eau de javel et le temps de contact jusqu'à l'apparition chez chaque chien de signes de lésion oesophagienne. A la fin, les chiens sont sacrifiés et un examen anatomo-pathologique des lésions est fait.

Les résultats de YARRINGTON sont consignés sur le tableau N° 4.

Il en ressort que la quantité minimale d'eau de javel susceptible de provoquer une brûlure est 10 cc maintenus pendant 5 minutes au contact de l'oesophage. Pour deux minutes de contact, il faut 30 cc pour déterminer un oedème de la muqueuse oesophagienne. Enfin, 10 cc maintenus pendant 10 mn donnent des lésions au-delà de la muqueuse oesophagienne !

Il semble donc que l'eau de javel puisse entraîner des brûlures de toutes les tuniques de la paroi oesophagienne plus souvent qu'on ne le pense.

Chien	Dose	Temps de contact	Oesophagoscopie après une semaine
A	6 cc	2 mn	Négative
	10 cc	5 mn	Négative
	30 cc	2 mn	Oedème
B	6 cc	5 mn	Négative
	10 cc	5 mn	Oedème
C	15 cc	5 mn	1° degré de brûlure
D	10 cc	10 mn	1° degré de brûlure

Tableau N° 4 (selon YARRINGTON)

Aspect endoscopique de l'oesophage de chien en fonction de la quantité et du temps de contact de l'hypochlorite de sodium à $10,83 < pH < 10,98$.

C/- CLASSIFICATION DES BRULURES OESOPHAGIENNES

Suivant justement la profondeur des lésions causées par quelque caustique, on peut distinguer avec LEMARIEY (85) et par analogie avec les brûlures en général, trois degrés dans les brûlures oesophagiennes :

1. Les brûlures du 1er degré qui intéressent la muqueuse, et la sous-muqueuse. Les cicatrices de ces lésions sont souples. Elles laissent persister la direction rectiligne de l'oesophage et l'intégrité péristaltique de la musculeuse.

2. Les brûlures du 2ème degré intéressent la couche musculeuse. La sclérose née de l'organisation des fibroblastes détermine les cicatrices rétractiles fortement sténosantes. Ici le péristaltisme disparaît.

3. Les brûlures du 3ème degré où la totalité de la paroi oesophagienne est atteinte et même perforée entraînant une péri-oesophagite. Des lésions gastriques perforantes pouvant se compliquer de péritonite diffuse septique ou d'abcès sous-phrénique peuvent également s'y observer.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE

Aux phases anatomo-pathologiques de destruction, de réparation et de cicatrisation correspondent cliniquement :

- une période d'oesophagite corrosige aigüe,
- une période de rémission,
- et une période d'oesophagite corrosive chronique.

Des bilans radiologique et oesophagoscopique aident la symptomatologie clinique à l'établissement du diagnostic.

I/- SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

A/- PERIODE DE DEBUT OU D'OESOPHAGITE AIGUE

Selon l'intensité des lésions on peut distinguer 3 types cliniques :

1. Brûlures graves : Elles s'observent essentiellement chez des patients ayant ingéré volontairement le caustique.

. Ils sont amenés dans un état de choc :

- leur pouls est petit, rapide,
- la T.A. est abaissée,
- Ils sont pâles, anxieux,
- leur respiration est superficielle.

. Ils se plaignent de douleurs très vives rétrosternales, parfois épigastriques.

. A l'examen clinique on note des brûlures très importantes des lèvres,de la langue, du pharynx. Une douleur et une défense abdominales peuvent s'observer.

2. Brûlures de gravité moyenne. C'est le cas de la majorité des brûlures par ingestion de caustique.

. Le patient présente une douleur violente avec brûlure bucco-pharyngée et rétrosternale. La moindre tentative de déglutition est douloureuse.

La salive abondante, coule hors de la bouche, à travers des lèvres épaisses et tuméfiées.

. l'atteinte générale est moins importante que précédemment ; il n'y a pas d'état de choc ou alors il est très peu marqué. Le malade est sub-fébrile.

. Le pronostic immédiat est moins mauvais que dans les brûlures graves. Toutefois il est de l'intérêt du malade de rester sous surveillance même après la régression des signes cliniques du début, car c'est ce type clinique qui est généralement suivi d'une période d'accalmie dite traîtresse que le praticien devrait avoir présente à l'esprit.

3. Brûlures légères ou bénignes : Elles sont dues à des lésions discrètes causées soit, par un rejet immédiat de liquide ingéré, soit par une quantité minimum absorbée sans signes immédiats.

Quoiqu'il en soit, on a :

- Comme S.F. - une douleur rétrosternale légère,
  - une dysphagie passagère.
- des S.G. : inexistants,
- comme S.P. : des brûlures labiales bucco-pharyngées diffuses, superficielles ; lésions oesophagiennes discrètes.

B/- PERIODE D'ACCALMIE OU DE REMISSION CLINIQUE

A cette période il y a atténuation

. de la douleur spontanée, et,
. de la douleur à la déglutition.

La cavité buccale se cicatrise et vers le 15e jour l'alimentation reprend. Cette période de rémission, pour les brûlures bénignes, peut être un prélude à une guérison effective. En ce qui concerne les brûlures graves, le rétrécissement survient alors que persistent encore les signes fonctionnels du début.

Finalement, il n'y a que pour les brûlures de gravité moyenne que cette période de silence est dangereuse car le malade se croît guéri pendant que s'installe en douce le rétrécissement.

C/- LA PAHSE D'OESOPHAGITE CHRONIQUE OU DE RETRECISSEMENT CICATRICIEL.

. Le symptôme maître est la dysphagie qui peut être d'abord partielle puis totale, se manifestant alors pour les aliments de quelque nature que ce soit.

Cette dysphagie est en outre mécanique, non douloureuse.

Enfin, elle est permanente, invariable.

. Elle s'accompagne souvent de régurgitations.

. Le retentissement sur l'état général varie selon que l'alimentation s'adapte ou non à la sténose. En cas d'altération de l'état général, il y a un amaigrissement qui peut être suivi d'une déshydratation avec soif intense.

Chez l'enfant, on note un retard staturo-pondéral.

En guise de récapitulation, nous rapportons nos résultats.

- 28 de nos malades étaient porteurs de brûlures bénignes bucco-pharyngées. Il s'agissait surtout d'ingestions accidentelles.

- 7 avaient des brûlures graves ayant entraîné un état de choc initial. Des 7, l'eau de javel était en cause chez 5 patients. C'étaient essentiellement des tentatives de suicide.

- Des 48 derniers, 4 avaient des lésions de début qui ont évolué sans rémission clinique, vers la sténose.

  Pour beaucoup d'autres, certains ne se sont présentés qu'à l'apparition de la dysphagie signant la sténose. Dans ces cas nous trouvons soit des malades qui n'habitent pas DOUALA et qui sont venus longtemps après la phase aigüe, soit alors des malades habitant DOUALA, mais qui se sont crus guéris après la régression des signes d'oesophagite corrosive aigüe.

  Ainsi, la plupart des malades sont venus consulter dans le service au stade de rétrécissement.

D/- EVOLUTION

1. Evolution précoce :

Que les lésions soient très graves ou de moyenne importance, dans l'immédiat, il faut redouter, en dehors du choc, l'infection.

En effet, étant donné la septicité du milieu bucco-pharyngé, les lésions vont s'infecter facilement.

C'est pourquoi l'antibiothérapie a amélioré sensiblement le pronostic des oesophagites corrosives

aigües. En ce qui nous concerne, tous nos patients qui viennent à la phase aigüe sont systématiquement mis sous antibiotique quelle que soit l'ampleur de leurs lésions. Il est aussi à noter une complication qui peut survenir spontanément dans les formes graves : la perforation pouvant être à l'origine d'une médiastinite, d'une pleurésie ou d'un pneumothorax.

Nous avons eu deux cas de perforations (N° 27 et N° 49) avec fistule bronchique, d'une part, et fistule trachéale, d'autre part, et qui sont tous décédés.

2. Evolution tardive. Elle est liée au rétrécissement constitué.

a - C'est la *gène à l'alimentation* qui peut confiner à *l'inanition* avec son retentissement sur l'état général et surtout sur le développement staturo-pondéral de l'enfant, ce qui le rend fragile, dénutri et sensible aux infections.

b - C'est la *récidive* due, soit au caractère évolutif de la sténose constituée qui a tendance à se resserrer davantage, soit à l'enclavement d'un corps étranger alimentaire au niveau de la cicatrice où la paroi oesophagienne est moins souple. C'est le cas de notre patiente N° 71 qui a présenté, 13 ans après l'ingestion d'ammoniaque *" une sténose complète et permanente de l'oesophage au 1/4 inférieur, siège d'un rétrécissement préalable "*.

c - C'est *l'accident thérapeutique* par dilatation ou oesophagoscopie pouvant déterminer une perforation oesophagienne avec ce qui peut s'en suivre : médiastinite broncho pneumonie, ou pyopneumothorax.

d - Enfin, c'est la *dégénérescence maligne* de la cicatrice de brûlure. On dit que la cicatrice fait le lit du cancer. Ce risque de cancérisation connu est estimé à 3,5 % par BENEDICT et JOSKE, à 30 % par KIGIRANTA et à 20 % par LORTAT-JACOB (89) qui dit

que chez un ancien malade dont le retrécissement est considéré comme guéri, la réapparition d'une dysphagie est due à coup sûr à un néoplasme.

En effet, le " *cancer caustique* " s'annonce par la réapparition de troubles de la déglutition après un long intervalle de temps de 20 à 40 ans en moyenne.

Il semble favorisé par le traumatisme créé par la dilatation à la sonde ; il siège à la limite supérieure de la sténose là où la sonde vient justement buter avant de traverser le rétrécissement.

Histologiquement, il s'agit généralement d'épithéliomas spino-cellulaires caractéristiques de cancer sur cicatrice.

Une biopsie s'impose donc chez un ancien brûlé de l'oesophage qui voit réapparaître de sérieux troubles de la déglutition.

S'agissant de nos malades, faute de recul suffisant, peut-être, nous n'avons pas noté de cas de dégénérescence maligne, mais la majorité ayant moins de 8 ans, il ne nous semble pas inutile de rappeler cette évolution éventuelle qui vient encore assombrir leur avenir déjà largement compromis.

II/- ETUDE PARACLINIQUE

Elle est faite à l'aide de deux examens : la radiologie et l'oesophagoscopie qui sont d'une importance capitale. Certes le radiocinéma peut être utilisé mais nous n'en disposons pas encore.

A/ - BILAN RADIOLOGIQUE

Il comporte un examen radioscopique et un examen radiographique après opacification. D'emblée il se pose le problème du moment opportun où ces deux examens doivent être effectués.

D'aucuns les entreprennent à la phase aigüe, c'est-à-dire les premiers jours de l'absorption.

Les renseignements obtenus alors :

- ralentissement du transit oesophagien,
- contractions anarchiques,
- contours irréguliers de l'oesophage,

ne permettent pas de juger de l'importance ou de l'étendue de l'oesophagite corrosive aigüe.

En ce qui nous concerne, nous avons effectué, chez des malades venus dès la phase aigüe, notre première radiographie opaque entre le 15e et le 20e jour, c'est-à-dire pratiquement à la phase de rémission clinique. L'opacification étant faite par le lipiodol moins nocif que la baryte en cas de perforation.

Les images obtenues sont celles d'un oesophage de calibre réduit aux parois dentelées, semées d'encoches étagées essentiellement entre D_3 et D_{12}.

La sténose constituée se traduit différemment selon qu'elle est totale ou partielle.

Dans la sténose totale, seule la partie supérieure dilatée par la stase sus-stricturale est imprégnée avec une image ovalaire allongée, pseudo-diverticulaire, tandis qu'à la partie basse la zone opaque s'effile en " queue de radis ".

La sténose partielle subtotale est étendue en hauteur. A la dilatation sus-stricturale fait suite, dans ce cas, un rétrécissement filiforme de toute la partie inférieure de l'oesophage.

Quand la zone dilatée coiffe une portion inférieure d'aspect normal, la sténose partielle est dite canaliculaire. Elle est alors limitée en hauteur.

Enfin, la sténose partielle peut être annulaire ; c'est une encoche rétrécissant l'oesophage qu'on va observer sur les clichés.

Du reste voici les résultats des examens radiologiques de certains de nos malades.

N° 8 - B ... Jean - 21 ans - Ingestion accidentelle d'eau de javel, le 5 Janvier 1972.

Installation tardive le 12 octobre 1972 d'une sténose se traduisant par une douleur rétro-sternale à la déglutition. L'examen radiologique effectué montre un *" retrécissement fusiforme assez accusé sur une longueur de 5 à 7 cm (selon l'étendue du spasme concomittant), centré vers D_8. Légère dilatation sus-stricturale modérée progressive. Le calibre redevient normal dans les régions sus-trans et sous-diaphragmatiques".*
Traitement : Bougirage.

N° 26 - K ... Rose 6 ans - Ingestion accidentelle d'eau de javel le 1er février 1972. Consultation pour dysphagie au mois d'août 1972. La radiographie montre le 24 août 1972 *" un retrécissement filiforme assez régulier de l'oesophage thoracique dans sa moitié inférieure. Dilatation sus-stricturale importante conique, régulière ".*
Adressée en chirurgie pour gastrostomie. Après quoi dilatation par fil sans fin.

N° 24 - K ... Brigitte - 14 ans - Ingestion dans un but indéterminé le 31 juillet 1973. La dysphagie est d'emblée totale. Le retentissement sur l'état général est très important ; le poids passe de 45 kg à 35 kf en l'espace d'une semaine. La radiographie répond : *" Retrécissement serré anfractueux étendu à la moitié inférieure de l'oesophage thoracique. Dilatation sus-stricturale régulière fusiforme ".*

Adressée en chirurgie pour gastrostomie. On met ensuite en place un fil sans fin. Le traitement dilatateur est entrepris et est assez vite couronné de succès.

N° 29 - L ... sexe féminin 16 ans. Ingestion dans un but d'autolyse d'eau de javel le 18 février 1972. La radiographie opaque effectuée le 3 mars 1973 montre *un retrécissement étendu de D_2 à D_8 ."*
Traitement par le bougirage.

N° 62 - N ... Marcelline - 13 ans . Ingestion d'eau de javel pour cause indéterminée le 28 juillet 1973. La radiographie opaque faite le 20 août 1973 montre " *un rétrécissement moniliforme de l'oesophage au 1/3 inférieur de la portion thoracique avec contours encochés ou spiculaires. Calibre irrégulier au 1/3 moyen. Importante dystonie, spasmes étagés transitoires. Enfin, petit rétrécissement annulaire serré au 1/3 supérieur avec dilatation modérée permanente au-dessus.* " Traitement par le bougirage.

Sur les radios on peut se rendre compte du nombre de sténoses. Généralement uniques, elles peuvent être multiples, elles sont alors étagées.

Ces données radiologiques sont par ailleurs confirmées par l'oesophagoscopie qui, en outre, renseigne sur l'état de la muqueuse, la morphologie et la situation de la lésion.

B/- BILAN OESOPHAGOSCOPIQUE

Préconisé par certains dès la phase d'oesophagite aigüe où elle est pourtant dangereuse, l'oesophagoscopie n'est en pratique indispensable qu'à partir de la phase de rémission clinique.

Elle se fait sous anesthésie générale et locale chez l'enfant ou chez l'adulte.

. A la phase de latence, on note dans les formes bénignes, une restitution de la muqueuse avec simplement des cicatrices blanchâtres non rétractiles. Dans les autres formes, la muqueuse est congestive et oedematiée autour des ulcérations laissées en place par l'élimination des zones d'escarres et comblées par du tissu de grannulation inflammatoire.

. A la phase de sténose constituée,généralement l'oesophage a perdu sa souplesse, la muqueuse est blanchâtre et atrophique. La zone sus-stricturale est le

siège de lésions d'oesophagite de stase, si bien que l'aspiration est souvent nécessaire avant d'interprêter l'état de la sténose. Les cicatrices peuvent être longitudinales multiples convergeant vers une sténose serrée infranchissable, où horizontales, en valvules ou encore circonférentielles. Enfin, il existe des cas de sténose où l'oesophagoscopie est arrêtée et où tout cathétérisme par sonde est impossible.

L'oesophagoscopie renseigne enfin sur le siège de la sténose. Il s'agit la plupart du temps des zones où le liquide caustique ralentit sa course, c'est-à-dire au niveau des rétrécissements anatomiques (bouche oesophagienne, aortique, bronchique, diaphragmatique et cardiale) qui sont respectivement à 16 cm - 23 cm - 27 cm - 36 cm et 40 cm des arcades dentaires supérieures chez l'adulte.

En ce qui nous concerne l'oesophagoscopie est pratiquée à partir du 15e jour au minimum sous anesthésie générale et locale. Nous donnons Phénergan - Atropine - Valium - 1/2 amp. de chaque en prémédication chez l'enfant 30 mn à 1 heure avant l'examen. L'anesthésie générale est encore quelquefois faite à l'éther ou au divi-ether utilisé en circuit ouvert (méthode des compresses) ; L'anesthésie locale est faite par la xylocaïne, visqueuse pour l'enfant, en spray pour l'adulte.

L'oesophagoscopie utilisé est de type HASLINGER jusqu'en décembre 1973 et depuis c'est le type à lumière froide.

Les données oesophagoscopiques constituent un guide pour le traitement.

CHAPITRE V

T R A I T E M E N T

Le traitement des oesophagites caustiques comporte plusieurs éléments :

I/- AU DEBUT, à LA PHASE AIGUE un traitement local et général doit être appliqué.

A/- TRAITEMENT LOCAL

C'est d'une part le traitement des lésions bucco-pharyngées par des bains de bouche et d'autre part la neutralisation du caustique par un antidote.

La neutralisation du caustique se fait donc par l'administration de solutions neutralisantes qui varient en fonction de la nature du caustique : (Cf. Tableau N° 5 d'après GRIMAUD (50) pour les caides et les bases).

ACIDES	BASES
. eau albumineuse (4 blancs d'oeuf dans 1 litre d'eau)	. vinaigre 100 g. par litre d'eau
. eau de chaux 100 g.	. acide acétique dilution 1/100
. magnésie calcinée 15 à 20 g. dans 1/2 l. d'eau.	. jus de citron (1 jus pour un verre d'eau)
. Lait (1 litre neutralise 15 à 20 g. d'HCl	. Huile d'olive pour la soude.

Nous utilisons l'hyposulfite de sodium pour neutraliser l'eau de javel.

En aucun cas on ne doit ni faire boire de l'eau pure au malade,ni lui faire un lavage d'estomac,deux gestes plutôt nuisibles dans la mesure où l'un et l'autre contribuent à étendre les lésions de brûlures par déplacement du caustique.

Quoiqu'il en soit, il ne faut pas se leurrer sur la neutralisation du caustique que GRIMAUD (50-51) juge d'ailleurs inutile au-delà de la quatrième heure.

C'est pourquoi il faut entreprendre parallèlement un traitement général qui consiste à lutter contre le choc, la deshydratation et l'infection.

B/ - TRAITEMENT GENERAL

1 - Lutte contre le choc et le déséquilibre hydroélectrolytique

Chez les malades choqués après ingestion de caustiques, il faut :

- calmer la douleur et l'agitation par le dolosal chez l'adulte, le gardénal chez l'enfant,

- administrer des analeptiques cardio-vasculaires (Heptamyl, coramine, etc...),

- au besoin, oxygéner le malade.

- procéder à une rééquilibration hydrominérale, tonique, protidique et vitaminique.

Ce traitement est contrôlé par une surveillance clinique (état général, pouls, température, tension artérielle, rythme respiratoire, diurèse) et biologique (urée sanguine et urinaire, hématocrite, réserve alcaline, pH urinaire).

2 - Lutte contre l'infection

Le pronostic des oesophagites aigües a été transformé par l'antibiothérapie qui est maintenant de règle, même dans les cas légers.

Elle doit être massive, précoce et poursuivie pendant plusieurs semaines.

Elle combat, prévient la propagation, aide à limiter et à circonscrire l'infection. La pénicilline ou mieux l'association Colimycine - Pénicilline sont généralement utilisées de même que les tétracyclines.

Le traitement anti-choc, la rééquilibration hydroélectrolytique et l'antibiothérapie font régresser la symptomatologie clinique de début ; néanmoins il est capital de commencer un traitement préventif de la sténose dont le danger reste tout de même imminent.

II/- PROPHYLAXIE DE LA STENOSE . On s'adresse à la corticothérapie et au bougirage précoce pour tenter de prévenir la sténose.

A/- LA CORTICOTHERAPIE

La sténose résulte de la réparation du tissu conjonctif. Au cours de cette cicatrisation, un rôle important revient aux fibroblastes qui donnent des fibrocytes rigides, dès la 48e heure ; et des fibres de collagènes une dizaine de jours plus tard.

Or, il a été noté depuis le début de son utilisation, en 1949, que la cortisone inhibait la prolifération des fibroblastes.

C'est pourquoi, dès 1951, son administration au cours des oesophagites corrosives est expérimentée chez l'animal.

Les résultats expérimentaux sont alors favorables et prometteurs, mais très vite les résultats cliniques ne font pas l'unanimité :

AUBIN (1), TERRACOL (121), LEMARIEY (86) relatent des accidents mortels par perforations. Si bien qu'au Congrès de la Société Française d'O.R.L. à Paris, en 1958, AUBIN (2) rapporteur, souligne que *"le traitement par la cortisone a apporté des déceptions "* tandis que DESPONS (26) sur ses résultats optimistes obtenus fait remarquer que :

" Nous ne prétendons pas user d'une thérapeutique qui ne comporte ni risque, ni défaillance, mais l'oesophagite corrosive, répond par ses caractères, aux indications de l'hormonothérapie ".

Aujourd'hui encore la discussion reste ouverte, mais la tendance générale est à la prescription des corticoïdes sous certaines conditions. Absence de contre-indications essentiellement :

- troubles psychiques,
- antécédents d'ulcères gastro-duodénaux,
- brûlures gastro-duodénales au cours de la corrosion,
- risque de perforation oesophagienne.

Ainsi, on les donne dans les cas de brûlures de moyenne importance à des doses élevées, mais variables selon le produit utilisé. Ils sont donnés dès la 48e heure et pendant au moins 20 jours. Avant la 48e heure, ils empêcheraient la production des fibroblastes qui sont tout de même nécessaires au déroulement du processus de cicatrication ; après la 48e heure, les fibrocytes issus des fibroblastes sont rigides et moins malléables.

B/- LE BOUGIRAGE PRECOCE :

César ROUX a préconisé, depuis 1913, la mise en place d'une sonde à demeure dès l'ingestion afin de prévenir la sténose en permettant aux tissus cicatriciels de se mouler autour de la sonde comme autour d'un mandrin.

Le principe a été longtemps discuté. BELINOFF (3), pour sa part, se référant à ses travaux histologiques, préfère n'entreprendre le bougirage qu'à partir de

la 2e semaine lorsque la phase de granulation commence. MOULONGUET, suivant l'exemple du Maître Bulgare, commence le bougirage vers le 10e jour, mais le fait précéder de la mise en place d'une sonde alimentaire type NELATON N° 25 ou 26 vers le 4e jour.

Quant à nous, notre principe, celui de l'Ecole Bordelaise, est l'introduction si possible dès l'ingestion d'une sonde alimentaire que nous changeons au besoin tous les 3 ou 4 jours jusque vers la 3e semaine où nous commençons à proprement parler le traitement dilatateur par bougie de gomme et ce sous contrôle radiologique et oesophagoscopique.

Pratiquement, comme la plupart de nos malades viennent lorsque débute déjà la dysphagie révélant le rétrécissement, notre traitement préventif est retardé et ne commence que vers la troisième semaine. Il est d'ailleurs difficile pour beaucoup de nos malades de parler de bougirage précoce parce qu'en fait ils ne se font pas suivre, une fois guéries les lésions de la phase aigüe. Ils ne reviennent le plus souvent que lorsque s'est déjà installée la sténose.

III/- TRAITEMENT CURATIF DE LA STENOSE

Les moyens thérapeutiques de la sténose constituée sont endoscopiques et chirurgicaux.

Les moyens endoscopiques sont utilisés quand la sténose est partielle et l'oesophage perméable.

On a recours à la chirurgie quand échouent les moyens endoscopiques et quand la sténose est totale, l'oesophage imperméable.

A/ - LES MOYENS ENDOSCOPIQUES :

Ce sont les dilatations. Elles peuvent se faire par des sondes ou par fil conducteur.

1 - Dilatations par sondes et par voie haute.

Elles se font par des bougies introduites par la bouche oesophagienne.

Plusieurs types de bougies existent : en caoutchouc, en gomme, en matière plastique, à bout conique, à bout olivaire, opaque aux RX.

Nous utilisons des bougies en gomme. La dilatation se fait sous contrôle oesophagoscopique, le malade sous anesthésie générale. A chaque séance, nous commençons par des bougies de calibre inférieur puis nous augmentons de deux numéros chaque fois. Les dilatations sont ainsi faites tous les deux jours, puis, selon les résultats, progressivement espadées jusqu'à une dilatation par semaine, puis une par mois.

Des incidents ou des accidents parfois très graves peuvent survenir : ce sont : une élévation thermique, une suppuration médiastinale ou une perforation oesophagienne. Ils doivent être traités avant la poursuite des dilatations.

Enfin, il faut beaucoup de douceur et de précision pour conduire ce traitement dilatateur. 33 de nos malades ont bénéficié de ce traitement.

2 - Dilatations par fil conducteur.

Inspirées par VON ACKER en 1896, ces dilatations nécessitent une bouche gastrique : la gastrostomie qui permet en même temps que l'alimentation du malade, la mise en place d'un fil sans fin.

La gastrostomie est effectuée selon le procédé de GRAVILLIU ou de FONTAN celui subit par nos malades.

La dilatation peut se faire alors par voie per orale (auto-dilatation de PORTMANN) ou par voie rétrograde par sonde de TUCKER.

S'agissant de nos patients, la méthode de dilatation utilisée tant à DOUALA que, forcément à BORDEAUX où certains ont été évacués, est la méthode d'auto-dilatation de PORTMANN (107) dont nous rappelons brièvement la conduite et les avantages (108) :

a) Mise en place du fil sans fin. Sous contrôle oesophagoscopique ce qui reste de la lumière oesophagienne est cathétérisé par une bougie demi-molle, opaque aux R X que l'on pousse jusqu'à l'estomac après franchissement de la sténose. L'extrêmité gastrique de la sonde est extériorisée par une pince de PEAN. Un fil en soie N° 6 est fixé sur l'extrémité buccale de la bougie qui est alors retirée par la bouche gastrique. A la fin on fait un noeud reliant les 2 chefs buccal et gastrique du fil : Ainsi est établi le circuit oro-gastrique qui permet les dilatations par olives métalliques calibrées selon la filière CHARRIERE fixées sur le fil de soie (N° 10 à 33).

b) Dilatations

On commence la dilatation par les olives les plus petites. On met trois olives sur le circuit, la plus petite à la partie inférieure, pour franchir la 1ère le rétrécissement. Le passage des olives (pouvant être suivi sous écran scopique) demande de quelques heures à 2 ou 3 jours. En attendant, le malade est mis sous antispasmodiques. Les séances sont renouvelées toutes les semaines ou tous les 15 jours selon la durée de passage des olives vérifiée à l'écran ou par des index qu'on ménage sur le fil et qui signaleront les différentes étapes de la course : un premier noeud indique la distance entre les arcades dentaires et le premier retrécissement ; lorsqu'il est aux arcades dentaires, la 1ère olive dilatatrice est au contact du 1er retrécissement. Un 2e noeud marque la longueur de l'oesophage jusqu'à la dernière olive : 45 cm. Quand il est au contact des arcades dentaires, la dernière olive a franchi le cardia. Dès lors les olives sont retirées par l'orifice de gastrostomie et le fil est changé. La dilatation est poursuivie longtemps et peut être

combinée avec le bougirage. La bouche de gastrostomie est fermée après calibrage de l'oesophage. De nos 5 malades traités à l'Hôpital du Tondu à BORDEAUX, l'orifice de gastrostomie a été fermé respectivement après :

- 12 mois pour T... Emmanuel N° 72 (5 ans au moment de l'ingestion accidentelle) ;
- 11 mois pour E... Djeugue N° 14, 6 ans,
- 2 mois pour M ... Jacques N° 45, 3 ans
- 3 mois pour V ... Violette N° 77, 3 ans

et 8 mois pour E ... Samuel N° 17, 2 1/2 ans.

Au cours du traitement, le malade a une alimentation d'abord liquide, puis semi-liquide et enfin solide dans l'intervalle des séances, ce qui est extrêmement utile.

c) Incidents

Des incidents peuvent aussi survenir, ce sont :

- un blocage des olives sur une sténose qui peut être évitée si on fait de gros noeuds entre 2 olives et si les olives sont fixées l'une près de l'autre.
- une rupture du fil qui peut être sectionné par les dents ou digéré par le suc gastrique et que l'on peut éviter en faisant circuler le fil, ou mieux en le changeant dans l'intervalle des dilatations.
- des crises spasmodiques, calmées par des sédatifs, (belladone, gardénal) qui peuvent survenir chez des sujets nerveux.

d) Avantages : Ces incidents n'enlèvent rien aux avantages de cette méthode décrite depuis 1920 :

- Il n'est pas possible d'observer de fausse route, la progression des olives se faisant grâce au péristaltisme du malade, par le jeu de la pesanteur, sans effort manuel.

- Le spasme concomittant constituant un obstacle infranchissable sans anesthésie générale est vaincu par cette technique.

- Enfin, c'est une méthode dont la simplicité rend la réalisation possible par une infirmière ou par le malade lui-même ! alors que pour d'autres il faut un opérateur habitué.

15 de nos malades ont subi une gastrostomie et suivi avec profit un traitement dilatateur par fil sans fin.

B/ TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il s'adresse donc aux échecs des dilatations et aux sténoses d'emblée totales.

Il faut distinguer les opérations bénignes des méthodes reconstructrices de l'oesophage dont nous ne rappelerons ici que les principes.

1 - Opérations bénignes :

a - La Cryocautérisation :

On l'utilise pour rompre un diaphragme cicatriciel complet. Elle a été appliquée à notre patient N° 72 T ... Emmanuel, 5 ans, évacué à Bordeaux, qui outre un rétrécissement osophagien présentait un retrécissement falciforme du pharynx pour lequel se pose un problème de pharyngoplastie qui ne pourra être réalisé qu'à l'âge adulte.

b - La Gastrostomie

Elle présente des avantages certains (mise au repos de l'oesophage brûlé, alimentation du malade, etc..) lorsqu'elle est provisoire, permettant de réaliser des dilatations.

Mais quand elle est à visée curative, elle constitue une infirmité lourde à porter par un malade déjà infirme de son oesophage brûlé. CHEVALIER JACKSON (20) faisait remarquer qu'il n'avait jamais vu un adulte porteur de gastrostomie depuis l'enfance ; ou bien elles avaient été fermées ou bien le sujet était décédé avant de devenir adulte.

2 - Méthodes reconstructrices de l'oesophage.

Elles sont de plus en plus utilisées. Nous ne rappelerons ici que les principes. Il peut s'agir :

- soit *d'une plastie limitée* quand le retrécissement est de faible longueur. On fait une incision longitudinale suivie d'une suture transversale pour accroître le diamètre.

- soit *d'une résection segmentaire :* Exérèse du segment retréci et rétablissement de la continuité par une suture termino- terminale.

Cette technique nécessite après le temps d'exérèse un temps de libération des parois avec sacrifice vasculaire, ce qui en limite les possibilités aux retrécissements bas situés et de faible longueur.

- soit *d'une anastomose oeso-gastrique* avec apport de matériel varié : peau tubulée, tubes inertes, segment du tube digestif, le plus souvent le colon droit et la fin du grêle en conservant le pédicule vasculaire.

On réalise un pontage excluant le segment retréci. On a pu utiliser aussi le colon gauche ou le transverse.

Quant au trajet de la plastie, il est variable et peut emprunter :

- soit une *voie médiastinale postérieure* nécessitant une thoracotomie, donc plus difficile à réaliser,

- soit une *voie transpleurale prépulmonaire* évitant la thoracotomie,

- soit une *voie retrosternale* dangereuse, car ayant provoqué des syncopes mortelles à la déglutition,

- soit enfin une *voie sous-cutanée pré-sternale*.

Deux de nos malades ont eu une oesophagoplastie.

CHAPITRE VI

RESULTATS GENERAUX
ET COMMENTAIRES

I/- EVOLUTION PATHOLOGIQUE ET POSSIBILITES THERAPEUTIQUES.

Notre étude porte sur 83 cas d'ingestion de liquides caustiques reçus au Service ORL de l'Hopital LAQUINTINIE de DOUALA au Cameroun, entre le 1er octobre 1971 et le 1er octobre 1973, c'est-à-dire en deux ans . Cette période correspond aux deux premières années de pratiquedu Docteur DJOUMBI dans ce service ORL qui est le plus important du pays.

Il ressort de l'analyse des résultats que le caustique le plus incriminé est l'eau de javel qui est a absorbée soit sous forme concentrée, ou sous forme diluée. La dilution se faisant généralement dans des bouteilles de 66 cl dont le contenu habituel est un soda local " *champagne soda* " qui est de même coloration que l'eau de javel. 74 cas sur 83 sont dûs à l'ingestion d'eau de javel tandis que nous avons eu un seul cas d'ingestion d'ammoniaque. Dans 8 cas il s'agit de substances caustiques diverses dont la nature exacte n'a pas pu être précisée par les patients.

Le mode d'absorption est variable. Mais les absorptions accidentelles s'observent chez 50 patients soit dans 60,2 % de cas. 19 cas d'absorption volontaire qui sont des tentatives de suicide et surtout de jeunes femmes.

Enfin, il y a deux cas d'ingestion par intention criminelle et 12 cas chez qui il n'a pas été possible de déterminer la circonstance d'absorption.

En ce qui concerne l'âge, ce sont des enfants qui sont le plus souvent concernés. Nous avons en effet 40 cas qui ont moins de 8 ans et 13 cas qui se situent entre 8 et 16 ans. 30 patients seulement sur 83 ont plus de 17 ans.

Quant au sexe, il y a 44 cas dans le sexe masculin, et 39 cas chez la jeune fille et la jeune femme.

Du point de vue anatomo-clinique, il est à noter que 7 malades ont été amenés en état de choc après l'ingestion. C'étaient essentiellement des tentatives de suicide qui avaient absorbé une quantité importante de produit. Le pronostic chez eux a été d'emblée mauvais. La majorité des patients, 48, se sont présentés souvent à distance de la date d'ingestion pour une dysphasie signant déjà le début du processus sténosant. C'est ce qui fait qu'il ne nous est pas permis de dire que le traitement dilatateur préventif de la sténose leur a été rigoureusement appliqué à partir de la 3e semaine. Il va sans dire que la corticothérapie, prônée dès la 48 e heure, n'a pas pu non plus être instituée au bon moment chez ces derniers.

Donc pour la plupart, le traitement dilatateur est entrepris alors que le processus de sténose a commencé. Dans ces conditions le choix de la méthode de dilatation est commandé par l'état de l'oesophage d'une part, et par l'état général du malade d'autre part.

Quand l'état général du malade est bon et quand à l'oesophagoscopie il persiste un pertuis oesophagien large admettant d'emblée une sonde assez importante, le calibrage est fait par des bougies en gomme.

Les dilatations sont faites sous contrôle au début ; les séances sont d'abord quotidiennes puis s'espacent ensuite. On augmente chaque fois le calibre de la sonde suivant la filière CHARRIERE. Tout au long de ce traitement, le malade se nourrit par son oesophage.
33 de nos patients ont été soumis à ce traitement dilatateur par voie haute. Les résultats fonctionnels sont opti-

mistes, bien qu'à l'heure actuelle certains patients continuent à venir dans le service en consultation externe pour se faire dilater.

Lorsque le retrécissement retentit gravement sur l'état général du malade : état général déficient, sténose serrée empêchant toute alimentation, nous avons recours à l'établissement d'une bouche gastrique. Elle permet non seulement une alimentation du malade, son oesophage étant au repos, mais aussi la mise en place d'un fil conducteur des dilatations par olives suivant le procédé d'auto-dilatation de Georges PORTMANN dont la sécurité, la simplicité et la facilité sont considérables. 15 de nos malades ont été ainsi traités, dont 7 à BORDEAUX.

Nous avons tout de même eu 28 cas qui n'ont pas évolué vers la sténose et qui, actuellement, sans problèmes, peuvent donc être considérés comme guéris.

Certes, ils avaient essentiellement des lésions bucco-pharyngées, mais aussi, et surtout, ils se sont présentés aussitôt après l'ingestion, si bien qu'ils ont pu être traités et suivis convenablement.

En effet, en plus du traitement local des lésions, nous avons administré à ces patients très tôt des corticoïdes pour prévenir la sténose. Nous avons effectué vers le 15e jour une radiographie opaque pour juger de l'état de leur oesophage.

Sachant que même une petite quantité de caustique déglutie peut entraîner à la longue un processus sténosant, il nous est difficile d'attribuer l'absence de sténose chez ces 28 patients au simple fait qu'ils présentaient initialement des lésions bénignes.

Par les tableaux récapitulatifs ci-après, nous reprenons cette évolution pathologique :

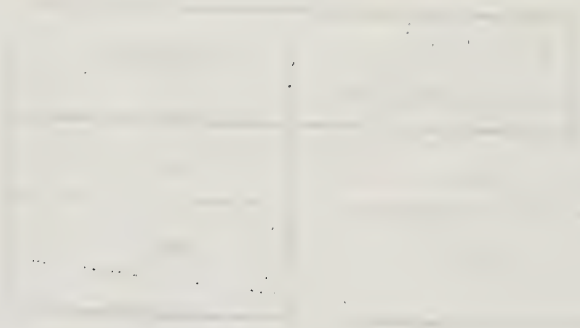
	GUERISON SANS SEQUELLES	STENOSES
NOMBRE	28	55
%	33 %	66 %

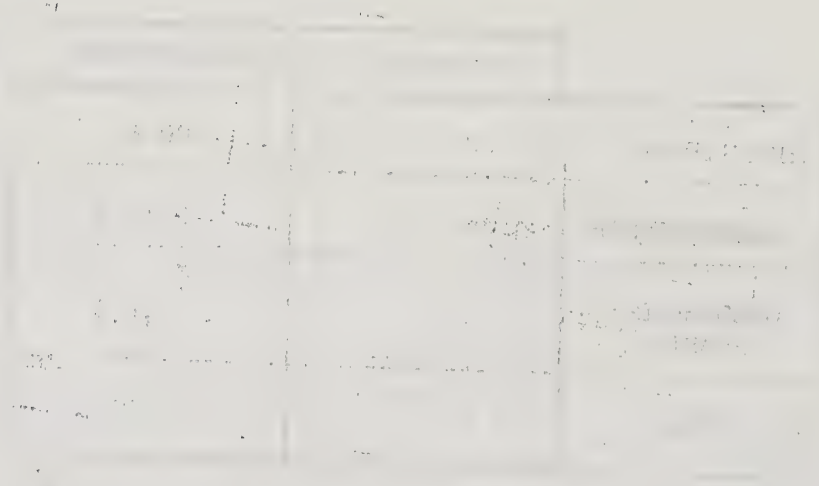
Tableau N° 6 - OESOPHAGITES CORROSIVES

83 cas

	NOMBRE	POURCENTAGE
BOUGIRAGE	33	60 %
GASTROSTOMIE	15	27,2 %
OESOPHAGO-PLASTIE	2	3,6 %
DECES	5	9,09 %

Tableau N° 7 - DIFFERENTES TECHNIQUES DE TRAITEMENT





II/- INCIDENCES MEDICO - SOCIALES ET MESURES PREVENTIVES

Ces résultats semblent constituer un vibrant appel à la collectivité en général, aux pouvoirs publics et au corps médical en particulier pour la prise et l'observation de mesures de prévention de ces absorptions, qui la plupart du temps sont accidentelles.

A/ - LA COLLECTIVITE

Au niveau de la cellule familiale l'enfant est le plus exposé. C'est en effet lui, qui de par sa naïveté est amené à tout attraper et à tout porter à la bouche ; pour un enfant tout liquide se boit, d'où le nombre élevé des ingestions observées chez lui dans nos statistiques.

C'est pourquoi dans la maison, des flacons ou des bouteilles contenant des produits dangereux devraient être rangés hors de la portée des enfants. De simples étagères pourraient bien servir à cet effet. Dans le même ordre d'idées, les médicaments devraient être rangés dans une boîte à pharmacie fermée à clef.

B/ - LES POUVOIRS PUBLICS devraient intervenir pour leur part :

1 - En règlementant la vente des produits caustiques en général et de l'eau de javel en particulier :

- flaconnage spécial,
- étiquettage portant le mot " DANGER " ou mieux une tête de mort dont la signification serait encore mieux appréciée par une population amplement analphabète.

2 - En conseillant, et même en imposant au niveau de la fabrication des sodas l'utilisation de colorants non équivoques,

3 - En assurant ou en amplifiant auprès du public une information sur l'évolution possible, les conséquences pour le malade et le coût à la collectivité d'une maladie contractée souvent par une absurde négligence.

4 - En facilitant la formation des personnels médicaux spécialistes et mieux,en améliorant l'équipement en instruments de travail de ceux déjà formés.

C/- LE CORPS MEDICAL

Si dans les pays industrialisés, l'oesophagite caustique est d'emblée un problème commun du pédiatre, de l'O.R.L. et du chirurgien, il est avant tout dans un pays à infrastructure médicale limitée un problème du médecin généraliste (et encore !) qui est celui ayant le plus de chances de voir le patient à la phase aigüe de la maladie.

C'est pourquoi le médecin praticien devrait avoir constamment en tête, devant un cas d'oesophagite, le schéma de l'évolution en trois phases de la maladie, afin de ne pas laisser le malade sans surveillance à la phase de rémission clinique qui suit habituellement la période initiale d'oesophagite corrosive aigüe.

Chez un malade reçu à temps à la phase aigüe, un traitement médical suivi doit être institué. Il consiste en :

- un essai de neutralisation dans les 4 premières heures (acide par alcalin, alcalin par vinaigre, eau de javel par hyposulfite de soude) ; surtout

pas de lavage d'estomac, ni d'eau pure.

- une lutte contre le choc et le déséquilibre hydroélectrolytique,

- une lutte contre la douleur,

- une lutte contre l'infection par une antibiothérapie massive.

- une corticothérapie instituée le plus tôt possible.

Ainsi le malade ne pourrait être confié au spécialiste que pour un examen endoscopique fait vers le 15e jour.

Il revient aussi au corps médical d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur la prise des mesures énumérés plus haut.

Malheureusement, ni quelque loi, ni quelque décret ne pourront jamais empêcher les tentatives de suicide surtout de " *jeunes filles qui veulent en finir avec la vie pour quelque irrémédiable chagrin d'amour* " . (96).

CONCLUSIONS

- Les oesophagites corrosives demeurent un problème actuel en raison du nombre de plus en plus grand de produits caustiques dans le monde industriel et en pratique ménagère.

- Elles font leur apparition dans des pays où elles n'existaient pas. Ainsi,au Cameroun où elles ont déjà fait l'objet d'une communication lors des premières journées médicales de YAOUNDE en 1973, elles sont relativement fréquentes surtout chez l'enfant.

- La substance caustique la plus incriminée y est l'eau de javel puisqu'elle intervient 74 fois sur 83 cas dans nos statistiques.

- L'évolution anatomo-clinique de la maladie a fait l'objet de descriptions désormais classiques, néanmoins le nombre de retrécissements cicatriciels que nous avons obtenus (55) souligne une fois de plus la gravité de cette affection.

- De réels progrès sont intervenus dans la conduite thérapeutique des oesophagites caustiques : institution systématique d'antibiotiques,judicieuse des corticoïdes et traitement nutritionnel à la phase aigüe ; à la phase chronique, nombreuses techniques de dilatation et de possibilités chirurgicales. Les patients de nos contrées pourraient bénéficier plus efficacement de ces progrès s'ils étaient amplement informés sur leur maladie et s'ils étaient suffisamment encadrés.

- Le capital santé et le capital économique d'une nation étant indissociables, l'éducation sanitaire et sociale de la population et la formation de cadres qualifiés devraient être, et on ne le répètera jamais assez, le souci primordial des pouvoirs publics pour qu'un pays en voie de développement décolle économiquement.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire, ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu,
Le Président de l'UNIVERSITE DE BORDEAUX II
H. BRICAUD

Vu, bon à imprimer
Le Président de Thèse
H. CABANIE

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 4 Novembre 1974
Le Chancelier des Universités
R. PAULIAN

BIBLIOGRAPHIE

1 - AUBIN A. -
Les brûlures de l'oesophage - Ann. oto-laryng. (Paris), 1955, 72, 23, 200 - 205

2 - AUBIN A, TERRACOL J., GUERRIER Y.
La cortisone et l'A.C.T.H. en oto-rhino-larungologie
Rapport à la Société Française d'O.R.L., 1958

3 - AUGUSTE (E), RAZEHON (P.) et MEIGNIE (P) - Sténoses caustiques de l'oesophage traitées par oesogastrostomie - Trois observations - Arch. Mal. App. dig. décembre 1960, 49, N° 12 - 1693 - 1696.

4 - BELINOFF (S.)
L'oesophagite corrosive aigüe d'après les données de la clinique. Rev. de laryngologie 1932, 53, 168

5 - BELSEY (R).
Recent progress in esophageal surgery.
Acta chir. belg. 1972, 71, N° 4, 230 - 238

6 - BERDAL (P.-
Suites des brûlures caustiques de l'oesophage et de leur traitement.
H N O, sept, 1973, 21, N° 9, 264 - 267.

7 - BEUZART (F.)
Les resections anastomoses oesogastriques dans le traitement des sténoses caustiques de l'oesophage
Thèse. Méd. Paris - Xavier - Bichat, 1972, N° 95

8 - BIKHAZI (H.B.), THOMPSON (E.R.) et SHUMRICK (D.A.)
Caustic ingestion : Current status
A report of 105 cases.
Arch. otolaryng. 1969, 89, n° 5, 770 - 775

9 - BLATTNER ESCARRA (C.), REDONDO CORDOVES (O) et ABALO (M)
Oesophagite caustique - Rev. Cub. méd., 30 juin 1969, 8, n° 1 - 2 - 3, 13 - 28

10 - BLEICHER (B).
Brûlures par ingestion de caustiques. Etude Statistique (A propos de 50 observations).- J. Franc. oto-rhino-laryng. déc, 1973, 22, n° 10 861 - 864

11 - CABANIE (H)
Oesophagoplastie Préthoracique et cancer de l'oesophage (utilisation du côlon droit et de l'iléon terminal). Thèse Bordeaux, 1951, N° 44.
Mémoire de Médaille d'Or de l'Internat des Hop. Bordeaux 1950.

12 - CALVET (J.), CLAUX (J.) et coll. (J.)
Le cancer sur retrécissement cicatriciel de l'oesophage J. Franc., O.R.L., Nov. 1969, 18, N° 9, 633 - 635.

13 - CANESTRI (G.), FOSSATI (G.)
Considerazio in clinico-statistische sui bambini recoverati per ingestione di sostanzi tossiche e corpi estranei dal 1959 al. 1968 - Minerva pediat, 1970, 22, n° 33, 1682 - 1685.

14 - CARDONA (J.C.) et DALY (J.F.)
Traitement courant de l'oesophagite corrosive. Evaluation des résultats dans 290 cas. Ann. otol. (St Louis) Août 1971, 80, N° 4, 521 - 527

15 - CASTRO (L.P.) et DIAS (G.C.) Emploi des corticostéroïdes dans le traitement de l'oesophagite caustique. Considérations à propos d'un cas étal. Hospital, Mai 1965, 67, N° 5, 1015 - 1026.

16 - CETRULLO (C.), CORTICELLI (A.S.) et MARTINELLI (G.)
Problème d'anesthésie et de réanimation dans les lésions oesophagiennes par caustiques.
Minerva anest., Mars 1968, 34, N° 3, 436 - 438.

17 - CHASSAGNON (C.), RECHATIN (J.) et SAUBIER (E).
Cancérisation tardive d'une sténose cicatricielle de l'oesophage. J. Méd. Lyon 5 mars 1970, 51, N° 1182, 681 - 683.

18 - CHANDLER (J.R.)
Chlorine bleach effect on the esophagus. Arch. otolaryng. 1965, 81, 320.

19 - CHAUVIN (J.L.)
Les retrécissements cicatriciels de l'oesophage par produits caustiques chez l'enfant et leur traitement par le procédé du fil sans fin.
Thèse Bordeaux 1968, N° 174.

20 - CHEVALIER - JACKSON.
Broncho-oesophagoscopie. Ann. Of. ORL, déc. 1938, Masson, 1933.

21 - CORNET (L.), LOUVRIERE (R) et al.
Deux opérations de SWEET par voie droite pour cancer et retrécissement cicatriciel de l'oesophage moyen. Méd. Afr. Noire, 1970, 17, N° 10, 715 - 717

22 - COURRIADES, RIGAUD et CABANIE (H.-)
Retrécissement cicatriciel infranchissable de l'oesophage traité par oesophagc lastie pré-thoracique à l'aide du côlon droit et de l'iléon terminal. succès.
Mémoires de l'ac. de chir. (Paris) 1952, 78, 154-156.

23 - DANZIG (L.S.) et LOESEL (A.S.)
Ingestion de comprimés clinitest et retrécissement de l'oesophage.
J. A.M.A. 21 juin 1965, 192, N° 12, 1092

24 - DAVIS (W.M.), MADDEN (J.W.) et PEACOCK (E.E.) Jr
Nouvelles méthodes dans le traitement de la sténose oesophagienne. Ann. Surg., Oct. 1972, 176, N° 4, 469 - 476.

25 - DESPONS (J.)
Le retrécissemant de l'oesophage.
Rev. de laryngologie 1936, 57, 690

26 - DESPONS (J.)
La cortisone et le pronostic des sténoses cicatricielles de l'oesophage chez l'enfant. Ann. oto. Laryng., Mars 1962, 79, N° 3, 218 - 221

27 - DILLENSCHNEIDER (E).
Les sténoses cicatricielles de l'oesophage.
France Méd., 1971, 34, N° 2, 17 - 23

28 - DJOUMBI-SANGO (E) et EBEN-MOUSSI
Sténose oesophagienne après ingestion de liquides caustiques au Cameroun.
Communication, 1ères Journées Médicales. YAOUNDE, Déc. 1973.

29 - DJOUMBI-SANGO (E)
Ingestion de produits caustiques.
Entretien radiodiffusé à DOUALA sur l'éducation sanitaire - 1973.

30 - DUBARRY (J.J.), TOURNERIE (J.) et ROUSSEAU (J.)
Sur un cas d'épithélioma de l'oesophage greffé sur un retrécissement cicatriciel.
Arch. Mal. App. Dig., Av. 1963, 52, N° 4, 391 - 395

31 - DUFOUR, LAFARGUE (P.), CABANIE (H.)
A propos de deux cas d'oesophagoplastie préthoracique à l'aide du côlon droit.
Soc. de Chir. de Bordeaux - Séance du 18 juin 1951

32 - DUJARDIN (B).
Critères de "guérison " des sténoses cicatricielles consécutives aux oesophagites corrosives.
Thèse Lille 1970 - 1971 - N° 122.

33 - ERNST (R.A.), LEVENTHAL (M.), LUNA (R.) et MARTINEZ (H.)
Remplacement oesophagogastrique total après ingestion d'ammoniaque ménager.
New-England J. Méd. 11 av. 1963, 268, N° 15, 815 - 818.

34 - FEKETE (F.), CLOT (Ph.) et LORTAT - JACOB (J.L.)
Bilan de 180 oesophagoplasties.
Marseille Chirurgical. Av-juin 1971, 23, n° 2
147 - 163.

35 - FELDMAN (M.), IBEN (A.B.) et HURLEY (E.J.)
Lésions corrosives de l'oro-pharynx et de l'oesophage. 85 cas consécutifs par ingestion de produits caustiques. Calif. Méd., Jan 1973, 118, N° 1, 6-9

36 - FELL (S.C.) et Coll.
Action d'un écartement ártificiel par suture dans la prévention des sténoses caustiques de l'oesophage.
J. Thor. Surg. Nov. 1966, 52, N° 5, 675 - 681.

37 - FELL (S.C.), ATTAI - LARI (A) et PATEL (B.M.
Attelle intraluminale dans le traitement des lésions caustiques de l'oesophage.
New-York State J. Méd. 1er mars 1968, 68, N° 5, 646

38 - FIEVE (G).
Traitement chirurgical des oesophagites corrosives.
J. Franc. oto-rhinolaryng. déc. 1973, 22, N° 10,
857 - 859.

39 - FLOTTES (L.), FALGADE, RIU et ROQUETTA
Données expérimentales et thérapeutiques nouvelles concernant le traitement des oesophagites corrosives aigües.
Rev. Laryng., Mars - Av. 1960, 81, N° 3-4, 286-287.

40 - FLOTTES (L.), FALGADE, RIU, MOLLARET, DELPY et ROQUETTA.
Les données expérimentales dans le traitement des oesophagites corrosives aigües.
Rev. Laryng. Juil-août 1960, N° 7-8, 508 - 550.

41 - FLOTTES (L.) et Coll.
Les données expérimentales dans le traitement des oesophagites corrosives aigües.
Rev. Laryng., sept-oct. 1960, 81, N° 9-10, 653-699

42 - FLOTTES (L.), RIU, FALGADE et ROQUETTA
Etude expérimentale et anatomo-pathologique des brûlures de l'oesophage.
J. Franc., ORL, Fév. 1960, 9, N° 2, 115 - 130

43 - FOUET (P.)
Le traitement des oesophagites.
Progr. méd. (Paris), déc. 1970, 98, N° 19 - 20, 367 - 370.

44 - GAILLARD (J.), BOUCHAYER (M.) et HAGUENAUER (J.P.)
Le risque de dégénérescence cancéreuse tardive dans les sténoses caustiques de l'oesophage. Ann. Oto-laryng. oct-Nov 1970, 87, n° 10 - 11, 637 - 644

45 - GERLINGS (P.G.)
Les indications de la colo-oesophagoplastie dans les retrécissements cicatriciels de l'oesophage après brûlures caustiques.
Ann. Oto-Laryng. (Paris) 1966, 83, 3, 147 - 150.

46 - GHEIT (Gheit)
L'oesophagite par brûlures caustiques.
A propos d'une statistique récente.
Thèse Lyon 1973, N° 116, in Lyon méd., 23 déc.1973, 230, N° 20, 814

47 - GIRAUD (C. Ch), LEBON (P.) et PITON SAINT MARTIN (S)
Les oesophagites corrosives à la clinique O.R.L. d'Alger. J. Franc. O.R.L. Août sept. 1961, 10, N°6, 843 - 879.

48 - GIULI (R), CLOT (P.) ESTIENNE (B), RICHARD (C.A.) et LORTAT-JACOB (J.L.)
Valeur de l'oesophagoplastie dans le traitement des sténoses caustiques de l'oesophage.
Etude de 62 cas. Ann. Chir., déc. 1972, 26, n° 25-26, 1279 - 1282.

49 - GRALL (A), JOUVE (R) et al.
Sténoses oesophagiennes et radiocinéma. Entretiens de Bichat, Chir. 1971, 215 - 220.

50 - GRIMAUD (R), CHALNOT (P.) et WERNER (J.)
Problèmes diagnostiques et thérapeutiques posés par les brûlures graves gastro-oesophagiennes.
Ann. Oto-laryng. Mars 1964, 81, N° 3, 139 - 141.

51 - GRIMAUD (R.)
Données actuelles sur l'oesophagite corrosive.
J. Franc. oto-rhino-laryng. Déc. 1973, 22, n° 10, 841 - 842.

52 - GRIMAUD (R.) et ROSSINOT (A.)
Oesophagite corrosive par ingestion de comprimés de " clinitests "
J. Franc. oto-rhino-laryng. Av. 1973, 22, N° 4, 337 - 338.

53 - GROSDIDIER (J.) et coll.
Cancer de l'oesophage développé sur sténose cicatricielle. Ann. Méd. Nancy. Nov. 1969, 8, 673 - 675

54 - GROSDIDIER (J.), ROBERT (D.), WATELET (F.) et PARIETTI (R.)
Cancer sur cicatrice de sténose caustique de l'oesophage datant de l'enfance. Sem. Hôp. Paris, 14 oct. 1969, 45, n° 41, 2512 - 2513.

55 - GRUET (M.), PLASSART (H.), LEDOSSEUR (P.)
Sténose caustique de l'oesophage cervical.
Bordeaux chir, 1971, 42, N° 4, 197 - 200

56 - GRUET (M), FERRO (R) et al.
Sténoses oesophagiennes non cancéreuses - Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Lgue franç. 1971, 16, N° 2 - 246-249.

57 - GUELEV (A), PAZARDJIKLIEV (D.) et al.
Résultats des traitements d'urgence des oesophagites corrosives en stade aigu.
Arch. Union Méd. Balkan., 1971, 9, N° 1, 57

58 - GUGLIELMINI, ROBECCHI et BRICO
Les résultats de l'iléo-colo-plastie pour la substitution de l'oesophage sténosé par des lésions caustiques.
Lyon Chir., Juil-Août 1968, 64, N° 4, 627 - 629.

59 - GUPTA (S).
Oblitération totale de l'oesophage et de l'hypopharynx due à des caustiques. Une nouvelle méthode de reconstruction.
J. Thorac. cardio-vasc. surg. Août 1970, 60, N° 2, 264 - 268.

60 - HARMA et LINDEN (L.W.F.)
Indications pour la reconstruction de l'oesophage dans les sténoses corrosives.
Acta. oto-laryng., juillet 1966, 62, N° 1, 27-32.

61 - HARRISON (R.C.) et KUBOTA (N.),
Greffe cutanée des retrécissements oesophagiens expérimentaux par caustiques.
Arch. of Oto-Laryng., Avr. 1968, 87, N° 4, 405-410

62 - HERVY (T) et coll.
Les antibiotiques et les corticosteroïdes dans le traitement de l'oesophagite corrosive aigüe.
Polski Tygod. Lek., 1er fév. 1965, 20, N° 5, 163 - 166.

63 - HIVET (M.), DESVIGNES (P.), COLOIGNER (M.) BIGOT (R) et BILLEUX (J.).
Une observation de perforation dans le péricarde d'une oesophagite caustique.
Ann. Chir., Oct. 1973, 27, N° 9, 971 - 975

64 - HOLINGER (P.H.)
Management of oesophageal lesions caused by chemical burns. Ann. of otol. Rhin-Laryng. Oct. 1968 77, N° 5, 819 - 829.

65 - HOUEL (J.), CUTTOLI (J.P.) de, AUDIBERT (G.), DOR (V.) et DOR (J.)
Sténose caustique totale de l'oesophage et fistule oeso-trachéale. Arch. Mal. App. Dig. Av. 1964, 53, N° 4, 435 - 437.

66 - HOWARD (J.F.)
Treatment of esophageal stricture complicated by sudden death. Ann. Otol. (St Louis), nov-déc. 1973, 82, N° 6, 805 - 808.

67 - HURZELER (D.)
Premiers secours et traitement des corrosions oesophagiennes. Schweiz. med. WSCHR, 31 déc, 1971, 101, N° 52. 1909 - 1912.

68 - ILCHENKO (L.A.)
Une méthode d'étude radiologique des fistules oesophago-bronchiques après brûlures chimiques. Vestnik Roentgend. RAdiol. (Moscou), 1968, N° 4, 13 - 16.

69 - IMRE (J.) et KOPP (M.)
Arguments contre le traitement conservateur prolongé des strictures oesophagiennes dues à des brûlures corrosives. Thorax sept. 1972, 27, N° 5, 594 - 598.

70 - IWASZKIEWICZ (J.) et JORDAN (J.)
Brûlures oesophagiennes. Explorations expérimentales et cliniques. Pol. Tyg. Lek. 14-21 nov.1970, 25, N° 37- 38, 1383 - 1385.

71 - JANJATOVIC (T.) KOSTIC (L.J.) et al.
I. Voies digestives. Issue létale d'un cas d'auto-dilatation de l'oesophage.
Ann. Otolaryng. (Paris) 1969, 86, N° 6, 324 - 325

72 - JOHNSON (E.E.)
A study of corrosive esophagitis.
Laryngoscope (St Louis), 1963, 73, 12, 1651 - 1696.

73 - KELMANSKAYA (M.I.)
Dynamique des fonctions hépatiques dans les brûlures oesophagiennes.
Klin. Méd. (MOSK) 1973, N° 10, 100 - 102.

74 - KINNMAN (J.), SHIN (H.I.) et WETTELAND (P.)
Cancer de l'oesophage après corrosion par lessive
Acta. Chir. Scand. 1968, 134, N° 6, 489 - 493

75 - KNOX (W.G.) SCOTT (J.R.), ZINTEL (H.A.) GUTHRIE (R.) et Mc CABE (R.E.)
Bougirage et stéroïdes utilisés seuls ou en association dans l'oesophagite corrosive. Ann. Surg., déc. 1967, 166, N° 6, 930 - 941.

76 - LAFARGUE (P.) CABANIE (H.)
Oesophagoplastie préthoracique à l'aide du côlon droit. Société. Anat. Clin. de Bordeaux
Séance du 8 janvier 1951.

77 - LALLEMANT (Y).
Brûlures oesophagiennes et sténoses cicatricielles. Leurs traitements.
Cahiers du Collège de Médecine, 1968, 9, N° 12, 1043 - 1054.

78 - LALLEMANT (Y) et VERGNON (L)
Un cas insolite de sténose oesophagienne cicatricielle par brûlure alimentaire.
Ann. Oto-laryng. 1968, 85, N° 7, 730 - 733

79 - LANDAU (G.D.), SAUNDERS (W.H.)
The effect of chlorine bleach on the esophagus.
Arch. oto-laryng. 1964, 80, 174 - 176

80 - LANSING (P.B.), FERRANTE (W.A.)
Cancer de l'oesophage au niveau d'un retrécissement caustique. Ann. J. Surg. Juillet 1969, 118, N° 1, 108 - 111

81 - LARCAN (A), LAMBERT (H.) et LA PREVOTE - HEULLY (MC)
La réanimation des oesophagite corrosives à la phase initiale. J. Franc. oto-rhino-laryng. déc. 1973, 22, N° 10, 843 - 850

82 - LASSERRE (J.), SAINT-SUPERY (G.), BONDONNY (J.M.), VALENTIN (F.) et LETAC (R.)
Sténose caustique totale de l'oesophage.
Bordeaux Chir., Janv - Mars 1970, 41, N° 1,50-54

83 - LEE (J.F.) SIMONOWITZ (D.) et BLOCK (G.E.)
Traumatismes corrosifs de l'estomac et de l'oesophage par des détergents qui ne sont pas à base de phesphates.
Etude expérimentale.
Amer.J. Surg., Juin 1972, 123, N° 6, 652 - 656

84 - LEGENT (F) et NARCY (P.)
Urgences oesophagiennes.
A) Brûlures de l'oesophage. Concours méd., 13 nov. 1971, N° 46, 80

85 - LEMARIEY (A)
Oto-rhino-laryngologie infantile,
Paris, Masson 1956, p. 560 - 605.

86 - LEMARIEY (A), MULER, RAYNAUD
Deux échecs de la cortisone dans le traitement préventif des retrécisseḿents cicatriciels de l'oesophage., Ann. oto-laryng. (Paris), 1955, 72, 7, 548 - 562.

87 - LIEBRANDT (C.C.), VAN HEYST (A.N.P.)
Esophageal burns by Chlorine bleach
Arch. oto-laryng. 1968, 87, 449.

88 - LOISEAU (G.), BOUSSAGOL (Cl.)
Brûlures oeso-gastriques graves.
Ann. oto-laryng. (Paris) 1967, 84, 6, 463-468

89 - LORTAT - JACOB (J.L.)
Retrécissements cicatriciels de l'oesophage.
Lyon Chir. 1958, 54, 1, 43 - 48

90 - LORTAT - JACOB (J.L.), FEKETE (F.)
Chirurgie de l'oesophage. Ses possibilités, ses indications et ses résultats. Gaz. Méd. Fr. 1965 72, 9, 1807 - 1826

91 - MADDEN (J.W.) DAVIS (W.M.- BUTLER (C.) et PEACOCK (E.E.) Jr.
Experimental esophageal lye burns.
II correcting established strictures with bêta-amino propionitrile and bougienage. Ann. Surg, Sept 1973, 178, N° 3, 277 - 284

92 - MATA BENITEZ (A).
L'oesophago-gastrite caustique à l'hôpital Vargas de Caracas dans les vingt dernières années (1946 - 1967 inclus).
Arch. Hosp. Vargas, Janv. déc. 1968, 10, N° 1-2-3-4 63 - 98

93 - MENDELSOHN (H.J.) et MALONEY (W.H.)
Traitement de sténoses bénignes de l'oesophage par injection de cortisone. Ann. Otol. (St Louis) oct. 1970, 79, N° 5 900 - 906.

94 - MOATTI (L.)
Oesophagite corrosive aigüe. Les éléments de son pronostic. Rôle des corticoïdes dans son traitement. Thèse Paris 1961 N° 1040

95 - MOATTI (L.)
Les dangers de la corticothérapie au cours du traitement de l'oesophagite corrosive aigüe.
Gaz. Hop. 10 mai 1964, 136, N° 13, 601 - 603

96 - MOATTI (L) et MOATTI (L)
L'oesophagite corrosive et son traitement.
Cah. Méd. Tunisie, 1972, 2, N° 8, 303 - 328

97 - MONATH (Cl.) HANTZ (J.M.) et TEMPE (J.D.)
Intoxication par ingestion de caustiques. Thérapeutique d'urgence. Journal de Méd. de Strasbourg, Déc. 1970, 1, N° 12, 812 - 820.

98 - MOUNIER - KUHN (P), GAILLARD (J.), HAGUENAUER (J.P. et CHARACHON (D).
Séquelles tardives d'une brûlure grave de l'oesophage.
Ann. Oto. Laryng (Paris) 1965, 82, N° 3, 282 - 284

99 - MOUNIER - KUHN (P), GAILLARD (J.) et HAGUENAUER (J.P.)
Oesophagites corrosives.
E.M.C. O.R.L. fasc. 20820 A 10 (11 - 1968)

100 - NEVEU (M.)
Les brûlures caustiques de l'oesophage.
E.M.C. - ESTOMAC, fasc. 9204 E 10 (3- 1969).

101 - ORSINI (P.J.) et coll.
Histoire d'une brûlure de l'oesophage par caustique chimique.
Rev. de laryng. Nov-déc. 1967, 88, N° 11 - 12, 866 - 869

102 - PARIS (J), HERAUD (M.) et PARIS (J.C.)
Critères de " guérison " des sténoses cicatricielles consécutives aux oesophagites corrosives.
Lille Méd. 1970, 15, N° 3, 488 - 490

103 - PERRIN (C.)
Le rôle de l'oto-rhino-laryngologiste dans l'oesophagite corrosive.
J. Franc. oto-rhino-laryng. déc. 1973, 22, N° 10, 853 - 856.

104 - PIKE (D.G.)
A Re-evaluation of the dangers of chlorox ingestion.
J. Pediat. 1963, 63, 303

105 - PODVINEC (S.) BOGICEVIC (J.) SAVID (D) et JOKANOVIC (D).
Causes précoces et tardives de la mort après lésions corrosives de l'oesophage.
Ann. Oto-Laryng. Mars 1965, 82, N° 3, 115 - 126.

106 - POPOV (E.N.), SHIRINA (G.K.) et SAPOZHNIKOVA (M.A.)
Intervention de DOBROWYSLOW-TOREK dans les perforations de l'oesophage cicatriciel.
Khirurgiya (Mosk), 1973, N° 9, 135 - 138

107 - PORTMANN (G)
Les sténoses de l'oesophage. DOIN et Cie 1960.
2 tomes, 2, 1826 - 1840.

108 - PORTMANN (M) et CABANIE (H)
Traitement des retrécissements cicatriciels de l'oesophage.
Rev. de laryng. 1951, 72, N° 1-2, 43-78

109 - PORTMANN (M.)
Abrégé d'O.R.L.

110 - QUINCY (R.)
Oesophagite corrosive
Cah. méd. Lyon. 1er déc. 1972, 48, N° 38, 4627 - 4630.

111 - RAFFI (A), COUDRY (H.) et al.
Problèmes posés par l'oesophagite corrosive de l'enfant. A propos d'un cas. J. Méd. BESANCON 1970, 6 , n° 5, 347 - 349

112 - RARIVO LALA (G.)
Contribution à l'étude des oesophagites corrosives. Thèse Lyon 1967 - N° 245 in Lyon Méd. 18 Août 1968, N° 33, 285 - 286.

113 - REBOUD (E), ROUZAUD (R), PICAUD (R), HUGUET (J.F.) et SALDUCCI (J.).
Oesophagoplastie (4 articles)
Marseille chirurgical, 1971, 23, N° 2, 141 - 163

114 - RITTER (F.N.), GAGO (O), KIRSH (M.M.) KOMORN (R.M.) et OVALD (T.O.)
Indications de l'oesophagogastrectomie d'urgence dans le traitement des brûlures par liquide caustique de l'oesophage et de l'estomac. Ann. otol. (St Louis), Août 1971, 80, N° 4, 513 - 520.

115 - ROMIEU (C), PUJOL (H), SOLASSOL (C), SERROU (B) et BERNARD (P.)
Cancer sur sténose caustique de l'oesophage thoracique. Guérison à 5 ans
Montpellier chir, 1970, 16, N° 1, 93 - 96

116 - SAVIC (D) et SPALAJKOVIC (M.)
Les effets de la silatation de l'oesophage par voie rétrograde dans le traitement des sténoses corrosives.
Ann. Oto-laryng. Av. mai 1968, 85, N° 3, 245 - 247.

117 - SAVIC (D) et PEJAKOVIC (S) et al.
La localisation des lésions des voies digestives d'après l'agent corrosif.
Ann. Oto-laryng. Paris 1970, 87, N° 10 - 11 - 680-681.

118 - SERGENT (H)
Les oesophagites par absorption de caustique. Leur traitement d'urgence et leur évolution.
Cahiers de médecine, 1971, 12, N° 5, 383 - 389

119 - STRUG (B.S.), JORDAN (P.H.) et JORDAN (G.L.)
Surgical managements of benign esophageal strictures.
Surg. Gynec. obstet. Janv 1974, 138, N° 1, 74 - 76.

120 - TAILLENS (J.P.)
La cortisone dans les oesophagites corrosives aigües. Pathogénie d'action et effet thérapeutique. Ann. oto Laryng., oct - nov. 1970, 87, N° 10 - 11, 621-636

121 - TERRACOL (J.)
Les maladies de l'oesophage (Paris)
Masson 1951 - 645 - 714.

122 - THEVENEAU (J.J.)
Etude du brachyoesophage chez l'enfant. Analyse d'un oesophage court secondaire à une brûlure caustique de l'oesophage.
Thèse Méd. Paris 1969 - N° 652

123 - VOZDVIZHENSKY (S.I.) DERZHAVIN (V.M.) et KONDRASHIN (N.I.)
Le traitement des sténoses cicatricielles de l'oesophage chez l'enfant à l'aide de bougies dilatatrices
Khirourguia (Moscou) 1962, N° 6, 45 - 50.

124 - WARREN (J.[illegible].)
Traitement des brûlures associées de l'oesophage et de l'estomac par caustiques (A propos d'un cas).
Thèse Bordeaux 1971 - N° 253

125 - WEEKS (R.S.) et RAVITCH (M.M.)
Traumatisme oesophagien par agent chloré de blanchiment. Etude expérimental. J. of Ped., Juin 1969, 74, N° 6, 911 - 916.

126 - WEEKS (R.S.) et RAVITCH (M.M.)
Pathologie des lésions expérimentales de l'oesophage de chat provoquées par décolorant liquide au chlore. Laryngoscope (St Louis) sept. 1971, 81 N° 9, 1532 - 1541.

127 - YARRINGTON (C.I.)
The experimental causticity of sodium hypochlorite in the esophagus. Ann. otol. (St Louis) 1970, 79, N° 5, 895 - 899.